



tpis00400r@pec.istruzione.it

## **ISTITUTO STATALE OMNICOMPRESIVO ISTRUZIONE SECONDARIA**

C.F. 93076050819 - Via Napoli, 32 – 91017 - Pantelleria – (TP) - [www.omnicomprensivopantelleria.edu.it](http://www.omnicomprensivopantelleria.edu.it)

Codice Univoco Ufficio: UFCTA6 – Codice IPA: isvalma – Iban: IT 15 Q 01030 16401 000063407529 c.c.b.

c.t.u. 0319907– Pec: tpis00400r@pec.istruzione.it

### **ALLEGATO A**

#### **MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Omnicomprensivo "Almanza-Alighieri"**

**agli Atti**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

La sottoscritta \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Genitori/esercente/i la potestà genitoriale del/della minore \_\_\_\_\_

Frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ la classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Essendo il/la minore affetto/a da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità

#### **CHIEDONO**

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott \_\_\_\_\_;
- ✓ Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;
- ✓ Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
- ✓ Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
- ✓ Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;

- ✓ Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l'a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
- ✓ Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari (118, ecc);
- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica.

(BARRARE se del caso)

Chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa autosomministrarsi il farmaco di cui all'allegata prescrizione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

SI

NO

Pantelleria, li \_\_\_\_\_

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma di altra persona esercente la patria potestà \_\_\_\_\_

**Recapiti telefonici**

	<b>Numero di cellulare</b>	<b>Numero fisso</b>
Madre		
Padre		
Altra persona esercente la patria potestà		