



ISTITUTO COMPRENSIVO DI PEDEROBBA

SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE DI PRIMO GRADO DEI COMUNI DI PEDEROBBA E CROCETTA DEL MONTELLO (TV)

Jacopo e Giambattista Piazzetta - Via XXV Aprile, 8 Onigo di Pederobba (TV) Tel. 0423 64059

Codice Fiscale 83005490269 Codice meccanografico TVIC85000R www.icpederobba.edu.it TVIC85000R@istruzione.it TVIC85000R@pec.istruzione.it

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO

da compilare a cura dei genitori (o di chi esercita la patria potestà) dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico

Al Dirigente Scolastico

I.C. di Pederobba

Il/la sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno/a _____ nato/a _____

il _____ residente a _____

in via _____

frequentante l'Istituto _____ plesso _____

classe _____ sez. _____

DICHIARA

Che il proprio figlio/a

_____ è affetto/a da

_____ e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

che venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegato certificato medico rilasciato in data _____ dal Dott. _____

AUTORIZZA

il personale docente e non docente individuato dal Dirigente Scolastico a effettuare la somministrazione del farmaco, sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario,

nonessendo richieste nella somministrazione il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Il sottoscritto genitore dell'alunno si rende disponibile a partecipare all'incontro formativo/informativo che la scuola organizzerà per fornire le modalità di somministrazione del farmaco, facilitando anche la partecipazione del medico/specialista che ha in cura l'alunno/a.

Allega, a tal fine, il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

SI IMPEGNA

- a fornire il farmaco da conservare presso il plesso che frequenta il/la propria figlio/a;
- a sostituirlo in prossimità della scadenza;
- a fornire la borsa termica se il farmaco dovesse prevedere, negli spostamenti (uscite didattiche e attività motorie), di condizioni particolari di conservazione;
- a segnalare ogni variazione dovesse essere necessaria in merito alla somministrazione;
- a essere sempre reperibile e nel caso fosse necessario, a recarsi tempestivamente a scuola.

ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del DGDPR (Regolamento UE) 2016/679.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato le scelte previste nella dichiarazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quarter c.c., che richiedono il consenso di entrambi i Genitori.

Data _____

Firma di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale

Allegare fotocopia documento di riconoscimento di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale.

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di

urgenza: 1° numero _____

2° numero _____

Recapito telefonico del medico per richiedere eventuali delucidazioni in merito alla somministrazione del farmaco.

numero _____