

MODULO 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita o indispensabile

I sottoscritti
genitori dinato/a a il
residente a in via.....
n.frequentante la classe della Scuolaessendo il
minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare
orario scolastico

chiedono che

☐ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario,
i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal
dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

(oppure)

☐ il/la proprio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la
supervisione dei docenti

(oppure)

☐ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della
somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal
dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente
somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia
responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in
ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei
farmaci anche in relazione alla loro scadenza.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione
della terapia.

Note:

- la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
- i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico e ritirate a fine anno scolastico le eventuali rimanenze;

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

Genitori

cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)

cell/studio.....