

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Alla Dirigente Scolastica dell'I.C. Portici 3  
"don Peppe Diana" di Portici (NA)

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....,

☐ Genitore dell'alunno/a ....., (oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a .....,

nato/a a ..... e residente a ..... in Via

....., che frequenta la classe/sezione ..... del plesso di

scuola (infanzia/primaria/secondaria di I grado):..... dell'Istituto Comprensivo Portici 3

"don Peppe Diana" di Portici (NA),

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASL ..... /dal Dott. ...., in data ...../...../.....;

### CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta):

- ☐ che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico;

(oppure)

- ☐ che il farmaco sia conservato dalla scuola e consegnato agli **operatori sanitari in caso di interventi del 118/112** secondo le indicazioni allegate alla presente prodotte dal medico curante.

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

| NUMERI DI TELEFONO UTILI                                                  |                  |                 |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|
| NOMINATIVI                                                                | NUMERO CELLULARE | NUMERO TELEFONO |
| MADRE: _____                                                              |                  |                 |
| PADRE: _____                                                              |                  |                 |
| Pediatra di libera scelta (PLS)/ Medico di Medicina Generale (MMG): _____ | Cell.: _____     | Studio: _____   |

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 101/2018.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Luogo

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_