Protocollo 0007855/2025 del 18/09/2025

Allegato A

Richiesta di Somministrazione di Farmaci nei Locali e in Orario Scolastico

Al Dirigente scolastico dell'IC Giovanni XXIII di Arona (No)

Il/La sottoscritto/a:
(Cognome e Nome) _____
□ Genitore dello studente/studentessa _____
□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/studentessa _____

E

Il/La sottoscritto/a:
(Cognome e Nome) _____
□ Genitore dello studente/studentessa _____
□ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/studentessa _____

che frequenta la classe ____ sezione _____ dell'Istituto _____
sito in Via _____ Cap _____ Località _____
Provincia _____

Considerato che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, in base alla Certificazione Medica e al Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL _____ / dal Dott. _____ in data / /____;

CHIEDO/CHIEDONO

(barrare la scelta):

□ Che a mio/a figlio/a / a me stesso/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano Terapeutico.

(oppure)

□ Che mio/a figlio/a / io, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico.

(oppure)

□ Che mio/a figlio/a / io, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia autonomo/a nell'auto-somministrazione in orario scolastico.

Esprimo/Esprimiano il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla

somministrazione stessa, purché effettuata in ottemperanza alle indicazioni fornite nel Piano Terapeutico.

Mi impegno a:

- Provvedere alla fornitura, al rifornimento e alla sostituzione dei farmaci, tenendo conto della loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
- Rinnovare la documentazione in caso di variazioni nella posologia, in caso di trasferimento o passaggio a un altro ciclo scolastico.
- Comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione del farmaco, così come ogni variazione nelle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

Dati di Contatto:
Genitore/Tutore: _____
Numero di telefono: _____

Dati di Contatto Medico Curante/Pediatra:
Nome e Cognome: _____
Numero di telefono: _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili
Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg.UE 679/20216.

Il/La sottoscritto/a dichiara 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.

Luogo _____ Data //_____

Firma del Genitore/Tutore o Studente Maggiorenne: _____

Firma del Genitore/Tutore o Studente Maggiorenne: _____

Nota: Questo modulo deve essere consegnato completo di Certificazione Medica e Piano Terapeutico allegati.