ISTITUTO COMPRENSIVO VILLORBA E POVEGLIANO
Via Solferino, n. 14 - 31020 Fontane di Villorba (TV)
Tel. 0422 910803 – 0422 919633
C. F. 80021160264 - Codice Ministeriale TVIC876001
e-mail: tvic876001@istruzione.it-tvic876001@pec.istruzione.it

ALLEGATO N. 1

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI 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. Villorba e Povegliano

I sottoscritti

- _____, nato/a a_____ il ___/___/_____, cod. fisc. _____(padre),

e

- _____, nato/a a_____ il ___/___/_____, cod. fisc. _____ (madre), genitori (o esercenti la patria potestà genitoriale) dell'alunn_ _____ nat_ a _____ il ___/___/_____, frequentante la classe __ sez. _ presso la scuola _____ dell'Istituto Comprensivo Villorba Povegliano

DICHIARANO

che il proprio figlio/a _____ è affetto/a da _____
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

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

AUTORIZZANO

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, non essendo 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 IMPEGNANO

- 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.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensibili ai sensi del D.lgs. 196/03.

Data _____

Firma di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale

_____

_____

****NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE, COMPILARE ANCHE LA PARTE SOTTOSTANTE**

Il/La sottoscritto/a_____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta, in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data_____

Firma_____

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 _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE
Alessandro Pettenà
DOCUMENTO FIRMATO DIGITALMENTE