

**MODULO 1**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IC San Giovanni Bosco Dizonno  
Triggiano (Ba)**

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA //  
INDISPENSABILE**

I sottoscritti .....  
genitori di .....nato/a a ..... il  
..... residente a ..... in  
via..... n. ....iscritto/a alla classe.....  
Scuola .....essendo 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)*

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**

*(oppure)*

che il/la proprio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'**auto-somministrazione** del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante la stessa**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

*(oppure)*

che il/la proprio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'**auto-somministrazione** del farmaco, **sia autonomo nell'auto-somministrazione** dello stesso in orario scolastico

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente Scolastico 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 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.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Noi sottoscritti/ lo sottoscritto, consapevoli/e delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiariamo/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:**

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitore (padre) .....cell/abitazione.....

Genitore (madre) .....cell/abitazione.....

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

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

\*Genitore/tutore unico firmatario

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 \_\_\_\_\_