

MODULO RICHIESTA

per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Alcmeone" Via Giovanni Paolo II, Crotone, KR.
Io sottoscritto/a (Cognome Nome)..

.....
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).

..... nato a.....

il.../.../... residente ain Via.....

che frequenta la classe sez della Scuola.....

..... sita in Via..... Cap

..... Localitàprov.....

CHIEDO in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da
Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'ASP (scrivere nome del
farmaco).....personalmente o tramiteda me
incaricato

(oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario
scolastico del farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di
Comunità dell'ASP (scrivere nome del farmaco)

.....
consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

che a mio/mia figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da Certificazione
Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'ASP (scrivere nome del farmaco)

.....consapevole che il personale
scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci
anche in relazione alla scadenza degli stessi.

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, lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di
somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale
scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

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

In fede _____

Data _____ Firma(1) di autocertificazione (Leggi 15/1968,
127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento
della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

(1)Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista
firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/'06),
altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni
dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti,
tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.