

Istituto Comprensivo "NOSSIDE - PYTHAGORAS"



Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Statale

Via Salita Aeroporto, s.n.c. - 89131 Reggio Calabria - Tel. e fax: 0965/643271

Cod. Ministeriale: **RCIC86900V** - Cod. Fisc.: **92081130806** - Cod. Fatturazione Elettronica: **UFUMT3**



ALLEGATO 7

OGGETTO: Somministrazione farmaci in orario e in ambito scolastico – a.s. 2023/2024.

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ prov. _____ via/piazza _____

cap _____ recapito telefonico (in orario scolastico) _____ nella qualità di

Genitore Esercente la responsabilità genitoriale

Il/La sottoscritto/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ prov. _____ via/piazza _____

cap _____ recapito telefonico (in orario scolastico) _____ nella qualità di

Genitore Esercente la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a NOME _____ COGNOME _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____

frequentante la sezione/classe _____ del plesso _____ ordine _____

di Codesta Istituzione scolastica, avendo inoltrato nel decorso a.s. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico e considerato che nel corrente a.s. la condizione relativa alla somministrazione non è mutata, i sottoscritti chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per il corrente anno scolastico.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente Scolastico e,

resosi disponibile, 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, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno 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.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori medici.

DICHIARA

Consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/2000, 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 presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ivi contenuti per le finalità espressamente previste dall'iniziativa in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del D.Lgs. 101/2018 in recepimento del Regolamento UE 2016/679.

Si allega copia/e del/i documento/i di identità in corso di validità del/dei richiedente/i.

Firma

