

# 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**

Peo: [rcic86900v@istruzione.it](mailto:rcic86900v@istruzione.it) - Pec: [rcic86900v@pec.istruzione.it](mailto:rcic86900v@pec.istruzione.it) - Sito Web: [www.nossidepythagoras.it](http://www.nossidepythagoras.it)



## ALLEGATO 1

**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.

Stante la procedura di ricognizione delle esigenze sanitarie avviata da Codesta Istituzione scolastica e facendo seguito alla stessa, consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,

CHIEDE

che al minore indicato sia/siano somministrato/i, in ambito e in orario scolastico, il/i farmaco/i come evincibile dal Piano terapeutico redatto dal medico specialista/pediatra/altra figura medica di competenza

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

recapito telefonico ambulatorio \_\_\_\_\_

Si esprime il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente Scolastico e, resosi disponibile, somministri il/i farmaco/i previsti e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità, civile e penale, derivante dalla somministrazione stessa.

Sarà cura del/dei richiedente/i provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione del/dei farmaco/i anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco/i scaduto/i questo/i non potrà/potranno essere somministrato/i.

Sarà cura del/dei richiedente/i, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della autosomministrazione/somministrazione, così come ogni variazione delle necessità di autosomministrazione/somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

#### 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 allegano:

- a) copia/e del/i documento/i di identità in corso di validità del/dei richiedente/i;
- b) prescrizione del medico specialista/pediatra/altra figura medica di competenza per l'autosomministrazione/somministrazione del/dei farmaco/i in ambito e in orario scolastico.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_