

# 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 2

**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.

Constatata l'assoluta necessità,

CHIEDE

la possibilità che il minore si autosomministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

## 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

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