

# 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 5**

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

Il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_, con riferimento alla procedura di somministrazione di farmaco/i in ambito e in orario scolastico relativa all'alunno/a:

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

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_ del plesso \_\_\_\_\_ ordine \_\_\_\_\_

di Codesta Istituzione scolastica,

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

**CONSEGNANO**

Alla scuola per il tramite dell'operatore scolastico incaricato

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ i farmaci, in confezione nuova ed integra, come di seguito specificati (riportare la denominazione commerciale e ogni

altro elemento utile):

1. \_\_\_\_\_ (quantità \_\_\_\_ , scadenza  
\_\_\_\_\_ n°lotto \_\_\_\_\_)
2. \_\_\_\_\_ (quantità \_\_\_\_ , scadenza  
\_\_\_\_\_ n°lotto \_\_\_\_\_)
3. \_\_\_\_\_ (quantità \_\_\_\_ , scadenza  
\_\_\_\_\_ n°lotto \_\_\_\_\_)

I genitori/responsabili della genitorialità dell'allievo/a in premessa si impegnano a:

- rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto (di ogni nuova e successiva consegna sarà stilato relativo verbale);
- comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento, provvedendo a consegnare alla scuola un Piano terapeutico aggiornato;
- ritirare il/i farmaco/i al termine dell'anno scolastico. di ogni nuova e successiva consegna sarà stilato relativo verbale;

I genitori/responsabili della genitorialità dell'allievo/a in premessa:

- autorizzano il personale della scuola resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione di cui trattasi;
- autorizzano il ricorso ai recapiti telefonici comunicati mediante l'Allegato 4 nei casi di emergenza.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Firma

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

Firma (l'operatore incaricato al ritiro)

\_\_\_\_\_