



# ISTITUTO COMPRENSIVO DI CORNUDA



scuole primarie e secondarie primo grado dei comuni di Cornuda e Maser

C.F. 83005710260 C.M. TVIC85100L [www.iccornuda.edu.it](http://www.iccornuda.edu.it)

e-mail : [iccornuda@iccornuda.it](mailto:iccornuda@iccornuda.it) [TVIC85100L@pec.istruzione.it](mailto:TVIC85100L@pec.istruzione.it) [TVIC85100L@istruzione.it](mailto:TVIC85100L@istruzione.it)

Via Verdi n. 16 31041 CORNUDA (TV)

tel. 0423 839409

## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO**

da compilare a cura dei genitori (o di chi esercita la patria potestà) dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico

**Al Dirigente Scolastico  
I.C. Cornuda**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

frequentante l'Istituto \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

Che il proprio figlio/a \_\_\_\_\_

è affetto/a da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità

### **CHIEDE**

che venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegato certificato medico rilasciato in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

### **AUTORIZZA**

il personale docente e non docente individuato dal Dirigente Scolastico a effettuare la somministrazione del farmaco, sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, non essendo richieste nella somministrazione il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Il sottoscritto genitore dell'alunno si rende disponibile a partecipare all'incontro formativo/informativo che la scuola organizzerà per fornire le modalità di somministrazione del farmaco, facilitando anche la partecipazione del medico/specialista che ha in cura l'alunno/a.

Allega, a tal fine, il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla

posologia e le modalità di somministrazione.

### **SI IMPEGNA**

- a fornire il farmaco da conservare presso il plesso che frequenta il/la propria figlio/a;
- a sostituirlo in prossimità della scadenza;
- a fornire la borsa termica se il farmaco dovesse prevedere, negli spostamenti (uscite didattiche e attività motorie), di condizioni particolari di conservazione;
- a segnalare ogni variazione dovesse essere necessaria in merito alla somministrazione;
- a essere sempre reperibile e nel caso fosse necessario, a recarsi tempestivamente a scuola.

### **ACCONSENTE**

al trattamento dei dati personali dichiarati per i fini della presente procedura ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale

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

Allegare fotocopia documento di riconoscimento di entrambi i genitori o dell'esercente potestà genitoriale.

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero \_\_\_\_\_

2° numero \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del medico per richiedere eventuali delucidazioni in merito alla somministrazione del farmaco.

numero \_\_\_\_\_