

## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DANIELA SETTESOLDI"

Via del Capannone, 19 - 56019 Vecchiano (PI) codice fiscale: 93044960503 - codice meccanografico: PIIC811002 Tel. + 39 050 868 444 - Fax + 39 050 864 393



PEO: piic811002@istruzione.it - PEC: piic811002@pec.istruzione.it sito: http://www.icvecchiano.gov.it - codice univoco ufficio: UFZNY3

Modulistica per la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Richiesta alla scuola

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

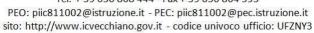
Al Dirigente scolastico del I.C. "Daniela Settesoldi" di Vecchiano		
Io sottoscritto/a (Cognome e Nome),		
☐ Genitore dello studente/essa, (oppure) ☐ Esercente la potes		
genitoriale sullo studente/essa, (oppure) 🗆 Studente/essa maggiorenne		
nato/a a		
CHIEDO		
anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)		
che a mio/a figlio/a /a me stesso <b>siano somministrati in orario scolastico</b> i farmaci previsti dal Piano terapeutico		
(oppure)		
che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico		
Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.		
Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.		
Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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.		
Numeri di telefono	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03. Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.		
In fede, Luogo	Data / /	(1) Firma

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).



## ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "DANIELA SETTESOLDI"

Via del Capannone, 19 - 56019 Vecchiano (PI) codice fiscale: 93044960503 - codice meccanografico: PIIC811002 Tel. + 39 050 868 444 - Fax + 39 050 864 393







Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 17 gennaio 2017 Prot: 2017/0008779/GEN/000SEGRDG