



Istituto Comprensivo Statale "Archimede-La Fata"

Viale della Regione, 32 – 90047 Partinico – PA - Tel. 0918901303- Fax 0918909263

e-mail: paic8aw00b@istruzione.it – Cod. min. PAIC8AW00B – C.F. 80028840827

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico

Mariarosa Tarantino

Richiesta per la somministrazione di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario e ambito scolastico (alunno/a minorenne)

Il/la - I sottoscritti _____
_____ in qualità di genitore/tutore dello/a alunno/a
_____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in Via
_____ frequentante la classe _____ sez
_____ della scuola _____ di Via

CONSAPEVOLI CHE

- il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci,
- che qualora sia disponibile alla somministrazione del farmaco salvavita, **il personale individuato** viene sollevato dalla famiglia, da qualsiasi responsabilità civile e penale su eventuali effetti collaterali post somministrazione farmaci;
- VISTA la specifica patologia dell'alunno:

CHIEDE

- ☐ che sia consentito l'accesso al sottoscritto o alle seguenti
persone _____

_____ per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto
di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari:

lunedì _____ ; martedì _____ ; Mercoledì _____ ; giovedì
_____ ; venerdì _____ ; **oppure:**

☐ che all' alunno/a _____ sia somministrato il farmaco da personale scolastico appositamente individuato

☐ che lo alunno/a _____ sia controllato durante l'autosomministrazione del farmaco come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine il sottoscritto consegna n. _____ di confezioni integre del farmaco necessario con scadenza il _____.

I/Il sottoscritti/o si impegnano/a a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia. Per eventuali comunicazioni si consegnano n. di telefono fisso _____ o cellulare _____ dai quali risponderà con certezza.

Ai fini del trattamento dei dati autorizzo il **trattamento dei dati personali e sensibili** contenuti nel presente modulo in base all'art. 13 GDPR 679/2016.

Partinico , li _____.

In fede

Firma dei genitori/tutori
