



I.C. PERTINI – 87° D. GUANELLA NAPOLI



a indirizzo musicale

W www.icpertiniguabella.edu.it • M naic8e5005@istruzione.it ~ naic8e5005@pec.istruzione.it

Allegato 2

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

Al Dirigente scolastico
dell' I.C. PERTINI 87° D. GUANELLA
Via Ghisleri 182, Napoli

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome),
genitore dello studente/essa, nato/a a..... il
...../...../..... e residente a in Via
....., che frequenta la classe ____ sez ____ dell'Istituto I.C.
PERTINI 87° D. GUANELLA sito in Via Ghisleri 182, 80144 Napoli

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... /dal Dott., in data .../.../.....;

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 **siano somministrati in orario scolastico** 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 sollevi 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

Via Arcangelo Ghisleri, 182 – 80144 Napoli

Ambito n° 13 • Cod. mecc. NAIC8E5005 • Cod. Fiscale 95187210638

T 081 5439497 ~ F 081 5439497



I.C. PERTINI – 87° D. GUANELLA NAPOLI



a indirizzo musicale

W www.icpertiniguanelle.edu.it • **M** naic8e5005@istruzione.it ~ naic8e5005@pec.istruzione.it

medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e del Regolamento Ue 2016/679.

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.

Napoli, _____

In fede
(1) Firma

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