

**Circolare Somministrazione farmaci**  
**Allegato 1**  
**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

**Al Dirigente Scolastico**  
**I.C. "Mazzarrone-Licodia Eubea"**

**OGGETTO:** richiesta e autorizzazione somministrazione farmaco da parte di personale della scuola in orario scolastico (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti ..... e ..... in qualità di

- genitori
- soggetti che esercitano la potestà genitoriale

di (*cognome e nome*) .....nato/a a ..... il..... frequentante la classe ..... della

- Scuola dell'Infanzia .....
- Scuola Primaria .....
- Scuola Sec I grado .....

essendo il minore affetto dalla seguente patologia .....e constatata l'assoluta necessità, consapevoli del fatto che il personale scolastico resosi disponibile non ha né competenze né funzioni sanitarie, né è previsto da parte loro l'esercizio della discrezionalità tecnica, con la presente

**chiedono che**

che al/alla minore ..... siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa.....;

(oppure)

che al/alla minore ..... siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento..... che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa.....;

I sottoscritti **AUTORIZZANO** il personale della scuola individuato dal Dirigente scolastico, resosi disponibile, a somministrare i farmaci previsti dal Piano terapeutico e **SOLLEVANO** il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità civile e penale derivantisia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico, sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti provvederanno 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.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

I sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario (All. 2).

Luogo e data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

In caso di sottoscrizione da parte di un solo genitore/tutore

Il/La sottoscritto/a, 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.

Firma del richiedente

.....

**Numeri di telefono utili:**

- Genitore/ tutore.....cell/abitazione.....
- Genitore/ tutore .....cell/abitazione.....
  
- Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) .....
- cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare

- nome dello specialista e la struttura di riferimento.....
- tel.....