

## MODULO DI RICHIESTA

per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenne)

Al Dirigente Scolastico,  
Istituto Comprensivo  
"G. Pascoli" – Tramonti (SA)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) ..... genitore/tutore dello studente in  
accordo {Cognome e Nome} ..... nato/a ..... il ..... residente a In Via  
..... che frequenta la classe ..... sez della Scuola  
..... sita in Via ..... Cap Località  
..... prov .....

### CHIEDO In nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco) ..... personalmente o tramite da me Incaricato

#### (oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione In orario scolastico del farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco) ..... \*consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

#### (oppure)

che a mio/A figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco) ..... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

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, lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: 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.

### In fede

\_\_\_\_\_  
Firma<sup>1</sup> di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'Impiegato della scuola

---

<sup>1</sup> Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54/02/06), altrimenti, a firma dell'affidatario il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.