

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO**

*(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)*

Al Dirigente Scolastico Istituto  
Comprensivo n. 6 "F. Muttoni"  
Vicenza

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori                       tutore/i

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

frequentante il Plesso \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

dichiarano che il proprio figlio/a è affetto da:

*(patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)*

e, **constatata l'assoluta necessità, chiedono venga somministrato al proprio figlio/a il farmaco in caso di urgenza** come da allegata prescrizione medica (PLS/MMG) rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Dichiarano che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica. Autorizzano il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione del farmaco, esonerando lo stesso e la Scuola da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa.

Sono a conoscenza che la certificazione medica presentata alla Scuola ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso se necessario.

Avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento/sostituzione del farmaco in relazione alla scadenza dello stesso.

Allegano il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarate nella presente, corredato dalla prescrizione del farmaco con chiaramente specificati:

- nome commerciale del farmaco
- descrizione dell'evento che ne richiede la somministrazione
- posologia e modalità di somministrazione
- modalità di conservazione.

Comunicano i seguenti recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

<b>1° numero</b>		<b>3° numero</b>	
<b>2° numero</b>		<b>4° numero</b>	

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03  **SI**  **NO**

Vicenza, \_\_\_\_\_ Firma di **entrambi** i genitori o tutore/i \_\_\_\_\_

*Nel caso la richiesta riporti il nominativo di un solo genitore.*

Il richiedente, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Vicenza, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_