



Nido d'Infanzia, Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado
V. D. Alighieri, 15 – 50058 Signa (Fi) - Tel: 055875643 – Fax: 055876148
e-mail: scuola@beatagiovanna.it
web: www.istitutobeatagiovanna.org

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

a.s. ____/____

Compilare in stampatello

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto
BEATA GIOVANNA
Via Dante Alighieri, 15 -Signa (FI)-

Io sottoscritto/a (*cognome e nome*) _____

Genitore dello studente/essa _____, (*oppure*)

Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa _____,

che frequenta la classe _____ sez. _____ di codesto Istituto

✓ 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 siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal piano terapeutico (*oppure*)

che a 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 sollevo 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.*

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.
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.*

In fede,

luogo _____ data ____/____/____

firma (*) _____

(*) *Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a*