



ISTITUTO COMPRENSIVO n.1 - PORTO TORRES
SCUOLA DELL'INFANZIA - SCUOLA PRIMARIA – SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO
 Tel. 079/5048912 - e-mail: ssic841007@istruzione.it PEC: ssic841007@pec.istruzione.it
 Codice Fiscale: 92128440903 – Codice iPA: istsc_ssic841007 - Codice eFattura: UFN8AG

Allegato 1

**Al Dirigente Scolastico
 Dell'Istituto
 Comprensivo 1**

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
 genitori dinato/a a il
 residente a in via.....
 n.frequentante la classe della Scuolaessendo il
 minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare
 orario scolastico

chiedono che

al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario,
 i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal
 dott./dott.ssa..... ed allegato alla presente;

(oppure)

che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della
 somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal
 dott./dott.ssa..... ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci
 I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente
 somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia

responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

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