



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I grado “Don Carlo Frigo”
Via Colombara n. 5 – tel 0445/880027 – fax 0445/320117
36010 COGOLLO DEL CENGIO (Vicenza)
C.F. 84007090248 – Codice Univoco Ufficio: **UF8MEG**
E –mail: viic847008@istruzione.it



RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO PER ALUNNI E STUDENTI CON PATOLOGIA CRONICA O CON PATOLOGIE CHE POSSONO COMPORTARE URGENZE PREVEDIBILI

(da compilare all'inizio di ogni anno scolastico a cura dei genitori dell'alunno e depositare in Segreteria didattica all'attenzione del Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Don Carlo Frigo
di Cogollo del Cengio

I sottoscritti

_____, nata a _____ il ___/___/___

_____, nato a _____ il ___/___/___

genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunn_ _____,

nat_ a _____ il ___/___/___, frequentante la classe ___ sezione___ della

Scuola _____ dell'Istituto Don Carlo Frigo di Cogollo del Cengio

DICHIARANO

che il proprio figlio/a è affetto/a da _____

Non potendo provvedere personalmente alla somministrazione del farmaco ed essendo la stessa non differibile ad orario extrascolastico

CHIEDONO

che in caso di urgenza dovuta a _____

che si manifesta con la seguente sintomatologia (breve descrizione)

venga somministrato il farmaco _____

come da **allegata prescrizione medica** (PLS/MMG) rilasciata in data dal dott. _____

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

SI IMPEGNANO

a dare comunicazione scritta se si renderanno necessarie delle modifiche nella prescrizione.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria I grado “Don Carlo Frigo”
Via Colombara n. 5 – tel 0445/880027 – fax 0445/320117
36010 COGOLLO DEL CENGIO (Vicenza)
C.F. 84007090248 – Codice Univoco Ufficio: **UF8MEG**
E –mail: viic847008@istruzione.it



Allegano, a tal fine il certificato medico che:

- attesta le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- prescrive il farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- dichiara come il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia.

COMUNICANO

che il proprio figlio è in grado di utilizzare in modo autonomo il farmaco: SI NO

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali Regolamento UE 2016/679 SI NO

(i dati di cui si tratta sono quelli idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data _____

Firma dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale

Genitore 1 _____ Genitore 2 _____

Nel caso in cui sia presente un'unica firma “Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta di firmare 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”

Il genitore unico firmatario _____

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza (indicare almeno 2 numeri telefonici):

1° NUMERO _____

2° NUMERO _____

3° NUMERO _____