



Istituto Comprensivo Statale Francesco Querini

Via Catalani, 9- 30171 Venezia-Mestre 041 984807

<http://www.comprensivoquerini.it> - veic846005@istruzione.it -
segreteria@icquerini.edu.it - veic846005@pec.istruzione.it c.m. VEIC846005

C.F. 82011920277

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE/
AUTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO
SCOLASTICO E NEI LOCALI DELL' ISTITUTO**

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: richiesta e autorizzazione somministrazione- auto somministrazione farmaci (CONTIENE DATI SENSIBILI).

Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____

padre/tutore/affidatario

La sottoscritta (Cognome e Nome) _____

madre/tutrice/affidataria dell'alunno/a _____ nato/a a

_____ il ____/____/____ residente a

_____ in via _____ n.

frequentante la classe ____ sezione _____ della Scuola dell'Infanzia Querini- Pitagorico/
Primaria/Secondaria, plesso _____ dell'Istituto "Francesco
Querini",

constatata l'assoluta necessità, con la presente

autorizza e chiede

- che all'alunno/a siano somministrati in orario e nei locali scolastici, da parte del personale non sanitario (docenti e/o ATA) **i farmaci** che il

medico/specialista (NOME-COGNOME) _____ ha
indicato nel Piano terapeutico allegato, redatto in data _____/_____/_____

- che l'alunno/a, in considerazione dell'età e dell'autonomia personale, assuma in orario e nei locali scolastici, **i farmaci** che il medico/specialista (NOME - COGNOME) _____ ha indicato nel Piano terapeutico allegato, redatto in data _____/_____/_____

Il/La sottoscritto/a esprime il consenso affinché il personale della scuola somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleva il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico; avrà cura di 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. Provvederà, inoltre, a rinnovare la documentazione al variare della posologia, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

A tal fine acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196/03 e del GDPR 2016 n. 679.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiara 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.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico.

Numeri utili

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale/specialista
Telefono/cellulare:		

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento _____
telefono/cellulare _____

Luogo e data,

Firma

