

Al Dirigente Scolastico  
 dell'Istituto Comprensivo Lecco 2  
 Via Mentana, 48  
 23900 LECCO -LC-

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DEL GENITORE O DI CHI NE ESERCITA LA RESPONSABILITA' GENITORIALE O IL TUTORE.**

I sottoscritti:

(Cognome)

(Nome)

(Cognome)

(Nome)

in qualità di: ☐ genitori ☐ soggetto che esercita la responsabilità genitoriale ☐ tutore di:

(Cognome)

(Nome)

nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ presso la scuola \_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/ i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata redatta in data \_\_\_\_\_, consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico/educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione del/i seguente/i farmaco/i:

(indicare)

da parte di:

☐ Minore/ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i, supervisionato dal personale scolastico;

☐ Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, altre figure delegate, personale scolastico docente e ata):

(indicare)

A tal fine:

SI IMPEGNA/NO A:

- ☐ fornire alla scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ...);
- ☐ controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- ☐ fornire il frigorifero, se necessario, per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura;
- ☐ comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.
- ☐ allegare certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, come da modello.
- ☐ allegare modello informativa privacy, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Recapiti telefonici:

- Genitore/tutore
- Genitore/tutore
- Medico curante
- Altri numeri utili

Data

Firma

*(entrambi i genitori)*

**N.B.** Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.

La richiesta deve essere presentata al Dirigente Scolastico ad ogni cambio di ciclo o modifica del piano terapeutico e anche in caso di trasferimento/passaggio ad altra Istituzione Scolastica.