

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I.C.S. ALFONSO M. DE' LIGUORI DI PAGANI

**RICHIESTA E DICHIARAZIONE DI NECESSITÀ DI  
SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO  
SCOLASTICO**

la sig.ra \_\_\_\_\_  
nata a \_\_\_\_\_, il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_,  
madre del minore \_\_\_\_\_  
iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_,

il sig. \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_,  
padre del minore \_\_\_\_\_  
iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_,  
il sig. \_\_\_\_\_,

il tutore/esercente la responsabilità genitoriale del minore \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_,  
iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_, dell'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 ASL ... /dal Dott. ...., in data .../.../.....;

**CHIEDONO**

- che al minore **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico
- che il minore , 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

che i genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale vengano autorizzati ad entrare nella scuola per provvedere alla somministrazione del farmaco o dei farmaci in orario scolastico, previsti dal Piano terapeutico

consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, di cui all'art. 75. del D.P.R. del 28/12/00 n. 445, sotto la propria responsabilità

### DICHIARANO AI SENSI DEL DPR 445/2000

- Che il proprio figlio assistito necessità dell'assunzione di farmaci
- di avere informato la scuola e di aver seguito concordato le **modalità organizzative rigorose** concordate tra scuola, famiglia e medici;
- di aver fornito adeguata documentazione (richiesta somministrazione, certificazione medica attestante lo stato di malattia, l' indicazione del farmaco specifico da somministrare, lo stato di malattia , le modalità e i tempi di somministrazione , PIP piano terapeutico d'intervento individualizzato rilasciato in data .... .... prot.....fornito dal Servizio di pediatria dell' Asl, dal medico pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale);
- di informare la scuola delle modalità di assunzione e conservazione, su certificazione redatta dal medico curante/pediatra o specialista;
- di informare la scuola sulle modalità di conservazione del farmaco;
- di aver consegnato il farmaco firmando verbale di consegna Sempre in contemporanea alle norme vigenti;
- che La procedura di assunzione del farmaco riguarda soltanto il farmaco consegnato secondo le modalità organizzative suddette;
- di aver firmato verbale di consegna fornendo il farmaco in confezione integrale;
- di impegnarsi ad informare la scuola mediante certificazione medica su eventuali cambi di terapia e su 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 e a provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento.
- di impegnarsi** a comunicare tempestivamente qualunque altra modifica a quanto precedentemente dichiarato.
- 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.
- Di fornire i seguenti recapiti :

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

**DI AUTORIZZARE**    **DINON AUTORIZZARE**

Codesta Istituzione a provvedere alla somministrazione del farmaco seguendo le **modalità organizzative rigorose** concordate tra scuola, famiglia e medici , (individuazione del personale della scuola se disponibile, **auto-somministrazione, accesso** nella scuola di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale)

- la scuola a portare lo studente al pronto soccorso e a somministrare i farmaci in caso di necessità

**DI SOLLEVARE**

la scuola da qualsiasi forma di responsabilità

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

Allegati:

- 1) certificazione medica attestante lo stato di malattia
- 2) PIP, prot. n.....del..... fornito da
  - Servizio di pediatria dell' Asl
  - medico pediatra di libera scelta
  - medico di medicina generale

Luogo

data

Firma del padre \_\_\_\_\_

Firma della madre \_\_\_\_\_

Firma del tutore/esercente la responsabilità genitoriale

Dichiarazione assunta in caso di firma di un solo genitore:

In caso di difficoltà, in alternativa alla firma di entrambi i genitori, 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/richiesta 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

Data \_\_\_\_\_

Firma

Si allegano documenti d'identità dei genitori/tutori/ esercenti responsabilità genitoriale

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la presente dichiarazione è sottoscritta dagli interessati in presenza del dipendente addetto oppure sottoscritta e inviata all'ufficio competente unitamente a copia fotostatica non autenticata dei documenti di identità dei sottoscrittori.

Riservato all'Ufficio

Io sottoscritto/a ..... attesto che la sottoscrizione della presente dichiarazione è stata apposta in mia presenza.

**Data .....**

**Firma del dipendente addetto .....**