



ISTITUTO COMPRENSIVO TORGIANO - BETTONA
Via Pasquale Tiradossi, 13 – 06089 TORGIANO (Pg)
C. M. PGIC84900Q - C.F. 94152360544

Tel. 075 982171(Torgiano) - 075 9869397 (Bettona)

E-mail: pgic84900q@istruzione.it – pgic84900q@pec.istruzione.it

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
DELL'I.C. TORGIANO-BETTONA

I sottoscritt Sigg. _____ in qualità di
genitori/tutori dell'alunno/a _____, residente a _____ in
via _____ frequentante nell' anno scolastico _____ la
classe _____ sez. _____ della Scuola _____, essendo il minore
affetto/a da (barrare la voce pertinente):

- Crisi convulsive** **Asma bronchiale** **Shock anafilattico** **Diabete giovanile**
 Altro (indicare patologia) _____

E constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data _____ dal/la Dott./ssa _____
Preso atto del protocollo esistente tra l'U.S.R. per l'Umbria e la Regione Umbria – Direzione regionale Sanità e Servizi Sociali siglato in data 27/12/2013, in materia di somministrazione farmaci a scuola,

CHIEDONO (barrare la voce che interessa):

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico da parte del personale scolastico appositamente individuato dietro stesura di dettagliato protocollo.
 Che al minore sia permesso di auto-somministrarsi la terapia farmacologica – esonerando il personale scolastico da qualsiasi responsabilità in merito a tale operazione – in quanto per età, esperienza e addestramento lo si reputa autonomo e in grado di provvedere a tale funzione.
 Di accedere personalmente alla sede scolastica per la somministrazione dei farmaci al minore (si allega dettaglio relativo a tempi e modalità).

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Luogo, _____

Data, _____

Firma dei genitori o esercenti la potestà genitoriale:

Recapiti telefonici utili:

Tel. Genitore 1: Tel. Fisso _____ Tel. Cell. _____

Tel. Genitore 2: Tel. Fisso _____ Tel. Cell. _____

Tel. Medico curante: Tel. Fisso _____ Tel. Cell. _____

Il/La sottoscritto/a _____ autorizza la scuola al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L.vo. n. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento EU 2016/679).

Firma _____

Firma _____