



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

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

MODULO DI RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE / AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO ED EXTRA-SCOLASTICO

ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA
I.C. TORGIANO-BETTONA

I sottoscritti Sigg.

Genitore/Tutore 1: _____

Genitore/Tutore 2: _____

in qualità di genitori / tutori dell'alunno/a _____

residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

frequentante nell'A.S. _____ / _____ la scuola:

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I Grado

Plesso di: _____ Classe _____ Sez. _____

• **PATOLOGIA E PRESCRIZIONE MEDICA**

Dichiara/no che il/la proprio/a figlio/a è affetto/a da (*barrare la voce pertinente*):

☐ Crisi convulsive

☐ Asma bronchiale

☐ Shock anafilattico

☐ Diabete giovanile

☐ Altro (*specificare*): _____

constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci, come da allegata certificazione/prescrizione medica rilasciata in data _____ dal/la Dott./ssa _____;

Preso atto del protocollo siglato in data 27/12/2013 tra l'U.S.R. per l'Umbria e la Regione Umbria - Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali in materia di somministrazione farmaci a scuola;

• **CONTESTO DI APPLICAZIONE DELLA RICHIESTA** (*È possibile selezionare più opzioni*)

☐ **A) AMBITO SCOLASTICO ORDINARIO** (orario e attività scolastiche quotidiane)

☐ **B) AMBITO EXTRA-SCOLASTICO** (viaggi di istruzione, uscite didattiche, visite guidate)

• **TIPOLOGIA DI RICHIESTA / MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE** *(Barrare l'opzione desiderata)*

☐ **1. SOMMINISTRAZIONE DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO / ACCOMPAGNATORE**

Chiedono la somministrazione del farmaco: _____
da parte del personale scolastico appositamente individuato / dei docenti accompagnatori, dietro stesura di dettagliato protocollo e/o secondo le necessarie indicazioni di posologia fornite. Si impegnano a consegnare il farmaco in confezione integra e correttamente conservata.

☐ **2. AUTOSOMMINISTRAZIONE DA PARTE DELL'ALUNNO/A**

Dichiara/no che il/la proprio/a figlio/a è in grado di provvedere autonomamente all'autosomministrazione del farmaco: _____
qualora ne riscontrasse la necessità. Si impegnano a verificare che il/la minore abbia con sé una quantità congrua e correttamente conservata del farmaco. Esonerano il personale scolastico da qualsiasi responsabilità in merito a tale operazione, in quanto per età, esperienza e addestramento lo/la si reputa autonomo/a e in grado di provvedere a tale funzione.

☐ **3. ACCESSO DIRETTO DEI GENITORI / TUTORI (solo per ambito scolastico ordinario)**

Chiedono di accedere personalmente alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco al minore *(si allega dettaglio relativo a tempi e modalità)*.

Resta inteso che, in caso di difficoltà legate all'insorgenza di manifestazioni significative della patologia o in situazioni di emergenza, il personale scolastico / docente accompagnatore provvederà tempestivamente in via precauzionale ad attivare le procedure di emergenza (chiamata del 118 e convocazione urgente della famiglia).

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

RECAPITI TELEFONICI UTILI

- Tel. Genitore/Tutore 1: Fisso _____ Cell. _____
- Tel. Genitore/Tutore 2: Fisso _____ Cell. _____
- Tel. Medico curante: Fisso _____ Cell. _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR)

I/Il sottoscritto/i autorizza/no la scuola al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Luogo e Data: _____ , _____

Firma Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale 1 _____

Firma Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale 2 _____