

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I  
NEI LOCALI DELLA SCUOLA E IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Francavilla di Sicilia

I sottoscritti .....(madre) e  
..... (padre)

(oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale

dell'alunno/a .....

nato/a a..... il .... / .... / ..... e residente a .....  
in Via ....., che frequenta la classe ..... sez ..... della scuola  
..... (infanzia/primaria/secondaria) dell'Istituto Comprensivo Francavilla di  
Sicilia con sede in Via Napoli 2, Francavilla di Sicilia (ME)

- 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 USL ... /dal Dott. ...., in data .../.../.....;

**CHIEDONO**

☐ che al proprio figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà cura dei sottoscritti 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.

I sottoscritti, inoltre, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia, all'inizio di ogni anno scolastico e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicheranno tempestivamente e documenteranno 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.

|                     |                              |                                                            |
|---------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                     | Famiglia                     | Pediatra di libera scelta /<br>medico di medicina generale |
| Numeri di telefono: | madre: .....<br>padre: ..... | .....                                                      |

*I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112.*

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'Informativa presente sul sito istituzionale [www.icfrancavilla.edu.it](http://www.icfrancavilla.edu.it) nella sezione Privacy ed esprimono il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016.

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

Luogo e data .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria  
potestà

.....

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

Luogo e data.....

FIRMA

.....