



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "COLUCCIO – FILOCAMO"
– Via Trastevere n.41 – Tel. 0964/84201 -
CF 81001470806 C.M.RCIC854005
email : rcic854005@istruzione.it - pecrcic854005@pec.istruzione.it
89047 Roccella Jonica (Rc)

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile** all'alunno/a
..... frequentante la classe scuola
.....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dai Genitori:

Sig.

Sig. per il/la
figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare
il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- I genitori consegneranno al personale della scuola una confezione nuova ed integra del
medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore all'alunno/a nella dose
di come da prescrizione medica già consegnata
in segreteria e allegata in copia alla presente.
- I genitori provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il
medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che
effettuerà la somministrazione¹:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da²:

.....
.....

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

¹ Indicare il luogo della custodia

² Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "COLUCCIO – FILOCAMO"
– Via Trastevere n.41 – Tel. 0964/84201 -
CF 81001470806 C.M.RCIC854005
email : rcic854005@istruzione.it - pecrcic854005@pec.istruzione.it
89047 Roccella Jonica (Rc)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Coluccio Filocamo"
Dott.ssa Emanuela Cannistrà

I sottoscritti genitori di
..... nato a il residente a
..... in via
frequentante la classe della Scuola
..... sita a in
Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità,
chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la
vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data
dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e del GDPR.

Luogo e Data il

Firma Padre

Firma

Madre

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

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"**

*** Nel caso in cui firma un solo genitore**