

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I

DURANTE LE ATTIVITA' DIDATTICHE

Spettabile Dirigente Scolastica
del III Istituto Comprensivo *G. Verga*
di Pachino

Il sottoscritto/a (cognome e nome) _____,

☐ genitore dello/a ☐ esercente la responsabilità genitoriale sullo studente/essa (cognome e nome)

_____, nato/a a _____ il

____/____/____ e residente a _____ in Via

_____, che frequenta la classe _____ sez. _____ del Plesso

_____.

- 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 (Allegato 2), rilasciati da: ☐ Servizio di Pediatria dell'ASP ☐ pediatra di libera scelta ☐ medico di medicina generale, Dott./Dott.ssa _____ in data ____/____/____;

CHIEDE

anche per conto dell'altro genitore / dell'esercente la responsabilità genitoriale, che (barrare la scelta):

- ☐ al proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico;
- ☐ il proprio/a figlio/a, 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.

Farmaco 1 (nome commerciale e principio attivo)	
Farmaco 2 (se presente)	
Tipologia farmaco 1	☐ farmaco salvavita (uso in emergenza) ☐ farmaco indispensabile (terapia da assumere in orario scolastico)
Tipologia farmaco 2	☐ farmaco salvavita (uso in emergenza) ☐ farmaco indispensabile (terapia da assumere in orario scolastico)

Esprime il consenso affinché il personale della Scuola individuato dalla Dirigente Scolastica, e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleva il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

DICHIARA inoltre:

- di aver preso visione della Circolare n. 25 del 20/09/2026 e di accettarne integralmente le disposizioni;
- che le informazioni contenute nella certificazione e nel piano terapeutico sono aggiornate e corrispondono alle attuali condizioni di salute dell'alunno/a;
- di essere consapevole che il farmaco sarà consegnato alla scuola **solo dopo la predisposizione e la sottoscrizione del PIP** e che, fino a tale momento, la scuola non potrà effettuare somministrazioni;
- di essere consapevole che sarà accettato **esclusivamente il farmaco indicato nel piano terapeutico**: un farmaco equivalente potrà essere accettato solo se l'equivalenza è attestata da sottoscrizione medica;
- che avrà cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che **il farmaco scaduto non potrà essere somministrato**;
- che avrà cura, inoltre, di provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, poiché il piano terapeutico decade al termine dell'anno scolastico, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla Dirigente, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione, ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento;
- di garantire la propria reperibilità telefonica durante l'orario scolastico ai seguenti numeri:

Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

- di acconsentire, a tal fine, al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679, come da informativa e consenso allegati (Allegato 3);
- consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/2000, di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle 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.

Si allegano:

- ☐ Certificazione medica con attestazione e piano terapeutico (Allegato 2)
- ☐ Informativa privacy sottoscritta con consenso al trattamento dei dati (Allegato 3)
- ☐ Copia del documento di identità del richiedente

Pachino, ____/____/____

In fede

Firma del genitore / di chi esercita la responsabilità genitoriale per l'alunno