



CITTÀ DI
CIAMPINO
CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

Allegato A

**SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ'
SERVIZI EDUCATIVI E PUBBLICA ISTRUZIONE**
Palazzina C - Largo Felice Armati, 1 00043 Ciampino (RM)
Pec: protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it

*Al Dirigente Scolastico della
Scuola comunale Collodi
Avv. Giovanni Giaquinto*

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....

n. frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia C. COLLODI, sezione.....
..... essendo il minore affetto dalla seguente patologia
..... e constatata l'assoluta necessità, con la
presente

- consapevoli 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 *el* o dal Dott _____ in data _____

CHIEDONO

(barrare la scelta)

☐ di poter essere autorizzati ad accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a.....
nel/i giorno/i
in orario.....

☐ di poter essere autorizzati a far accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a la persona da noi delegata: Sig/Sig.ra..... _
nel/i giorno/i



CITTÀ DI
CIAMPINO
CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

orario-----

☐ di individuare tra il personale scolastico coloro che a mio/a figliola possano somministrare in orario scolastico il/i farmaco/i 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, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale e consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare 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.

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

Si rendono noti di seguito i numeri telefonici di riferimento in caso di necessità:

Numeri di telefono utili:

Genitori.....cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....



**CITTÀ DI
CIAMPINO**
CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA CAPITALE

A tal fine dichiarano di aver letto, di averne appreso i contenuti e acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lg n. s. n. 196/03 come modificato dal Decreto Legislativo e dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano 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.

Nota Bene:

- 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, assumendosene ogni responsabilità (nota Miur prot.n.5336 del 20.09.2015).
- La durata della validità del trattamento corrisponde alla durata dell'anno scolastico (ogni anno dovrà essere ripresentata in caso di terapia continuativa).
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario con il modello **ALLEGATO B "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO"**.

Luogo e Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

FIRMA PADRE
FIRMA MADRE

