



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MARIA MONTESSORI

Scuola dell'Infanzia "F. Aporti" e "C. Collodi" – Scuola Primaria "S. D. Savio" e "M. Montessori"
Scuola Secondaria di I gr. "F. M. Mirabella" e succ. "K. Wojtyla"

Viale Italia n. 9 – 91011 – Alcamo (Tp) – tel 092421906 – Fax 092426856

C.F. 80004560811 – Sito web: www.icmariamontessori.edu.it

Email: tpic81100q@istruzione.it – Pec: tpic81100q@pec.istruzione.it



ALLEGATO A

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo MONTESSORI

agli Atti

Il sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente a _____
Via _____ n° _____

La sottoscritta _____ nata a _____
il _____ e residente a _____
Via _____ n° _____

Genitori/esercitante/i la potestà genitoriale del/della minore _____
Frequentante nell'anno scolastico _____ la classe/sezione _____
Della scuola _____
Essendo il/la minore affetto/a da _____

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDONO

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____;
- ✓ Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;
- ✓ Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
- ✓ Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
- ✓ Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
- ✓ Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l'a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
- ✓ Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari (118, ecc);
- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica.





ISTITUTO COMPRESIVO STATALE MARIA MONTESSORI

Scuola dell'Infanzia "F. Aporti" e "C. Collodi" – Scuola Primaria "S. D. Savio" e "M. Montessori"
Scuola Secondaria di I gr. "F. M. Mirabella" e succ. "K. Wojtyla"

Viale Italia n. 9 – 91011 – Alcamo (Tp) – tel 092421906 – Fax 092426856

C.F. 80004560811 – Sito web: www.icmariamontessori.edu.it

Email: tpic81100q@istruzione.it – Pec: tpic81100q@pec.istruzione.it



(BARRARE se del caso)

Chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa autosomministrarsi il farmaco di cui all'allegata prescrizione medica (solo per gli alunni con età superiore ai 12 anni).

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs.vo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Alcamo, lì _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Firma di altra persona esercente la patria potestà _____

Recapiti telefonici	Numero di cellulare	Numero fisso
Padre		
Madre		
Altra persona esercente la patria potestà		

