



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO PROFESSIONALE DI STATO "GAETANO PESSINA"
COMO Via Milano, 182 - Tel. 031/2765511
COMO Via Scalabrini, 3 - Tel. 031/525318
APPIANO GENTILE Via C. Ferrario, 13 - Tel. 031/934773
e-mail: CORC010008@istruzione.it - <https://www.istitutopessina.edu.it>
Posta elettronica certificata: CORC010008@pec.istruzione.it



RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I... sottoscritt.....

Genitori/Tutore di nat.... a il

residente a in via n

frequentante la classe dell'ISTITUTO PESSINA di

- Como, via Milano
- Como, via Scalabrini
- Appiano Gentile

essendo il minore affetto dae constatata l'assoluta necessità,

chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come **da allegata proposta del**

medico (MMG/PLS) rilasciata in data dal Dott.

I genitori dichiarano di:

- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le Indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante della somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alle Scuola il farmaco prescritto nel Piano terapeutico, in confezione integra, da conservare a scuola, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone. disinfettante, siringhe, guanti, ecc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare la fornitura in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarsi e comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano terapeutico formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Dichiarano inoltre (croce):

- di acconsentire, nel caso previsto, all'auto-somministrazione del farmaco
- di acconsentire al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 e succ. (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

.....

Data _____

Numeri di telefono utili:

- **Genitori/Tutore:**

- **Pediatra di libera scelta/Medico curante**

Como, settembre 202

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Nora Calzolaio