



Istituto di Istruzione Superiore **EUGANEO**

Via Borgofuro n. 6 - 35042 - Este (PD)
Tel. 0429.2116 – <https://euganeo.edu.it/>
PDIS026002 - CF 91023830283
pdis026002@istruzione.it - pdis026002@pec.istruzione.it



CONSEGNA FARMACO SALVAVITA

(da compilare a cura dei genitori/esercenti la responsabilità genitoriale in presenza del delegato)

In data _____ alle ore _____

Il sottoscritto: _____

genitore/responsabile genitoriale/tutore dell'alunna/o

frequentante la classe _____ dell'I.I.S. Euganeo di Este (PD)

nata/o a _____

il _____

residente a _____, in via _____

affetta/o dalla seguente patologia: _____

CONSEGNA

al **delegato** del Dirigente scolastico _____
il farmaco _____ eventualmente da somministrare al
figlio/a, **come da certificazione medica e Piano terapeutico consegnati agli atti della scuola** (e in copia
allegati alla presente), rilasciati da:

- ☐ Servizio di pediatria della Azienda USL _____
- ☐ medico pediatra di libera scelta dott. _____
- ☐ medico di medicina generale dott. _____.

Il sottoscritto genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e conferma, a nome anche di altro esercente la responsabilità genitoriale, che l'intervento è svolto su loro formale e presente richiesta, pertanto è esclusa la possibilità di contestare ex post alla scuola la somministrazione del farmaco secondo le modalità indicate o di sostenere che l'atto non dovesse essere compiuto.

Come da dichiarazione del medico curante, la somministrazione dei suddetti farmaci non richiede possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto. La somministrazione pertanto è eseguibile



Istituto di Istruzione Superiore **EUGANEO**

Via Borgofuro n. 6 - 35042 - Este (PD)
Tel. 0429.2116 – <https://euganeo.edu.it/>
PDIS026002 - CF 91023830283
pdis026002@istruzione.it - pdis026002@pec.istruzione.it



nelle modalità indicate anche da parte di personale non sanitario rispetto al quale si autorizza fin d'ora l'intervento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

➤ Madre o responsabile genitoriale (cellulare): _____

➤ Padre o responsabile genitoriale (cellulare): _____

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale/lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Nel caso di farmaci da assumere per terapie croniche ordinarie (senza perdita di coscienza) i genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale/tutore/i dello studente

CHIEDONO

☐ la possibilità che lo stesso studente si **auto-somministri** la terapia farmacologia in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Este, _____

Il Genitore/Responsabile genitoriale/Tutore
