



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



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/esercanti la responsabilità genitoriale e
da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

I sottoscritti:

1) _____

2) _____

genitori/responsabili genitoriali/tutore/i dello studente

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

nata/o a _____,

il _____,

residente a _____, in via _____;

affetta/o dalla seguente patologia:

- _____
- **constatata l'assoluta necessità di effettuare una terapia in caso di emergenza;**
 - 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 IN DATA _____
 - DAL MEDICO DOTTORE/Pediatra libera scelta/ULSS _____
 - NOME FARMACO (COMMERCIALE) _____

CHIEDONO

- **di provvedere alla somministrazione allo studente loro figlia/figlio – in ambito e orario scolastico – dei farmaci indicati secondo le modalità prescritte nell'allegata autorizzazione medica,**



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



I sottoscritti genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

AUTORIZZANO

- il personale della scuola – individuato dal dirigente e reso disponibile – alla **somministrazione del farmaco previsto dal Piano terapeutico** e

I sottoscritti genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

DICHIARANO

- **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.**
- che 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.**
- che provvederanno a **rinnovare la documentazione al variare della posologia** e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento.
- che comunicheranno tempestivamente e documenteranno adeguatamente al Dirigente scolastico, **mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dello studente** rilevante ai fini della somministrazione così come **ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.**

Gli stessi genitori precisano che – come da dichiarazione medica – la somministrazione dei suddetti farmaci non richiede possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto, pertanto è eseguibile anche da parte di personale non sanitario rispetto al quale si autorizza fin d'ora l'intervento.

- ☐ *I sottoscritti genitori/responsabili genitoriali/tutori acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs n.196/2003 e del D.Lgs n.101/2018 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Regolamento UE n.2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27.04.2016 relativo alla Protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la Direttiva 95/46/CE.*



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



Data _____

Firma dei genitori/Esercenti la Responsabilità Genitoriale/Tutori

1) _____ 2) _____

Recapiti telefonici utili:

- Madre o responsabile genitoriale (cellulare): _____
- Padre o responsabile genitoriale (cellulare): _____
- Pediatra di libera scelta/MMG/Specialista:

Cellulare: _____, Ambulatorio: _____

In alternativa, 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, in quanto in grado di effettuarla da sé medesimo.