

Al Dirigente Scolastico dell'ITST "Vittorio Emanuele III" di Palermo

Prof. Carmelo Ciringione

**Richiesta di somministrazione farmaco/i  
nei locali ed in orario scolastico**

**Io Sottoscritto:**

**nato a:**

**il:**

**Nella qualità di:**

genitore o soggetto che esercita la potestà genitoriale dello studente (nome e cognome):

**nato a:**

**il:**

*(oppure)*

studente maggiorenne

**iscritto alla classe    sezione    specializzazione**  
dell'istituzione scolastica

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie
- in base alla certificazione medica allegata alla presente

**CHIEDO**

che a mio/a figlio/a /a me stesso siano somministrati    in orario scolastico i  
farmaci previsti dal Piano terapeutico;

*(oppure)*

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico;

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico. Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato. Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE GDPR 2016/679.

Palermo,

Firma dei genitori o dello studente maggiorenne

---

Si allega:

1. documento di identità del richiedente
2. piano terapeutico dell'ASL / Pediatra / Medico di Medicina Generale dove dev'essere indicato obbligatoriamente il nome del farmaco, modalità conservazione, modalità di somministrazione e posologia

## **SOLO PER I GENITORI**

Laddove per la gestione di pratiche amministrative o didattiche concernenti l'alunno risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile, il genitore che sottoscrive il documento, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori;

Firma del genitore

---