ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GALILEO GALILEI"
Vico Carducci, 9 - 74123 TARANTO - tel. e fax 0994707447
Codice Fiscale 80010490730 Codice meccanografico: taic802004
Taic802004@istruzione.it Pec: Taic802004@pec.istruzione.it

Modulo 1

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo Galileo Galilei
TARANTO

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti.....e
..... genitori di.....nato/a a
..... il ..... residente a.....in
via..... n. …
frequentante la classe ..... dell'I.C. Galileo Galilei plesso .....essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico chiedono che

□ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ed allegato alla presente;

(oppure)

□ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ed allegato alla presente;

| NOME | COGNOME | CF | DOCUMENTO D'IDENTITA' |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |




ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GALILEO GALILEI"
Vico Carducci, 9 - 74123 TARANTO - tel. e fax 0994707447
Codice Fiscale 80010490730 Codice meccanografico: taic802004
Taic802004@istruzione.it Pec: Taic802004@pec.istruzione.it

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci.
I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza.
I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega:
- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data_____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

_____