

Alla Dirigente Scolastica  
dell'I.C. "G. Mameli" - Palestrina

**Allegato 1 - Modulo di Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico**

Io Sottoscritto/a:

\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, in

qualità di genitore (o esercente la patria potestà genitoriale) dell'alunno/a

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_ sez. della scuola dell'infanzia/primaria/SSI° dell'Istituto "G. Mameli" di Palestrina (RM)

plesso di \_\_\_\_\_

**CHIEDO IN NOME E PER CONTO ANCHE DELL'ALTRO GENITORE**

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dallo specialista di una struttura sanitaria pubblica (scrivere nome del farmaco) .....  
personalmente o tramite.....da me incaricato (allegare delega con copia dei documenti di identità del delegato e del delegante);

(oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dallo specialista di una struttura sanitaria pubblica (scrivere nome del/i farmaco/i) .....  
consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dallo specialista di una struttura sanitaria pubblica (scrivere nome del farmaco) .....  
consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

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 ed agli insegnanti lo stato di salute dell'allievo/a medesimo/a e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili:

\_\_\_\_\_

In fede  
Palestrina, li

**Firma (1)**

---

**AUTORIZZA IN NOME E PER CONTO ANCHE DELL'ALTRO GENITORE**

Il personale della scuola che ha in carico il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori od omissioni nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

In fede  
Palestrina, li

**Firma (1)**

---

A tal fine si autorizza in nome e per conto anche dell'altro genitore il trattamento dei dati personali e sensibili dell'alunno/a ai sensi del D.Lgs 196/2003 e smi, e del Reg/UE 679/2016

In fede  
Palestrina, li

**Firma (1)**

---

(1) del genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista **firma di entrambi i genitori** (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/06), **altrimenti a firma dell'affidatario**, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.