



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE
VITTORIO BACHELET

Sede via Bachelet, 6 - 23848 OGGIONO (LC)
 C.M. LCIS002005 - Cod. Fisc. 92007760132 - Tel. (0341) 577271 - 579332 - 576076
 E-Mail: LCIS002005@istruzione.it - Pec: LCIS002005@pec.istruzione.it
 www.istitutobachelet.edu.it



Richiesta di somministrazione farmaci e / o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la Responsabilità genitoriale o il Tutore, Curatore, Amministratore di sostegno

- Al Dirigente Scolastico
 Al Coordinatore dell'Asilo Nido
 Al Responsabile del Centro Ricreativo Estivo Diurno della Scuola, Asilo Nido, centro ricreativo estivo (*barrare la dizione pertinente*)

Comune di _____

| | | | |
|--|---|--|-----------------|
| Noi sottoscritti | | | |
| Cognome | | Nome | |
| Cognome | | Nome | |
| In qualità di | <input type="checkbox"/> genitori | <input type="checkbox"/> soggetto che esercita la responsabilità genitoriale | |
| | <input type="checkbox"/> tutore, curatore, amministratore di sostegno | | |
| di | | | |
| Cognome | | Nome | |
| Nato il | a | | Prov |
| Oppure (<i>se maggiorenne</i>) | | | |
| Io sottoscritto Cognome | | Nome | |
| Nato il | a | | Prov |
| frequentante la classe | | sez. | |
| presso la scuola/Asilo Nido/Centro ricreativo estivo | | | (denominazione) |
| sito in Via | n° | Comune di | |
| nell'anno scolastico | | | |

CHIEDE/ONO e AUTORIZZA/NO

La somministrazione al soggetto sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico / educativo resosi disponibile ed adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

Da parte di:

- Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto.
 Minore/ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i
 Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la Responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate):



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE VITTORIO BACHELET

Sede via Bachelet, 6 - 23848 OGGIONO (LC)
 C.M. LCIS002005 - Cod. Fisc. 92007760132 - Tel. (0341) 577271 - 579332 - 576076
 E-Mail: LCIS002005@istruzione.it - Pec: LCIS002005@pec.istruzione.it
 www.istitutobachelet.edu.it



A tal fine:

SI IMPEGNA/NO A:

- fornire alla scuola/asilo nido/Centro ricreativo Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc.)
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola/asilo nido/centro ricreativo estivo non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo F_01).

Recapiti telefonici:

| | |
|--|--|
| <i>Genitori</i> | |
| <i>Soggetto richiedente</i> | |
| <i>Tutore/Curatore/ Amministratore di sostegno</i> | |
| <i>Medico certificante</i> | |
| <i>Altri numeri utili</i> | |

Data

Firma

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.