



**ISTITUTO COMPRENSIVO "RENATO GUTTUSO"**

Via Ischia n. 2 90040 –Villagrazia di Carini (Pa)

Telefono 091/8674901-Fax.091/8676907

Email: [paic86000d@istruzione.it](mailto:paic86000d@istruzione.it) – [paic86000d@pec.istruzione.it](mailto:paic86000d@pec.istruzione.it)

[www.icguttuso.gov.it](http://www.icguttuso.gov.it)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Al Dirigente Scolastico  
I.C. "R. Guttuso"  
Carini (PA)

I sottoscritti.....

.....

genitori di.....

nato/a a .....il..... residente a

..... in via.....

frequentante la classe.....della Scuola.....

sita a ..... in Via.....

Essendo il minore effetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dr.

..... in

attesa dell'intervento del 118.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

I genitori sono tenuti a presentare in segreteria il piano d'azione stilata dal medico con la procedura da seguire in caso di emergenza; inoltre devono comunicare il numero telefonico del plesso al 118.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Carini, .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/medico curante .....
- Genitori .....



**ISTITUTO COMPRENSIVO “RENATO GUTTUSO”**

Via Ischia n. 2 90040 –Villagrazia di Carini (Pa)

Telefono 091/8674901-Fax.091/8676907

Email: [paic86000d@istruzione.it](mailto:paic86000d@istruzione.it) – [paic86000d@pec.istruzione.it](mailto:paic86000d@pec.istruzione.it)

[www.icguttuso.gov.it](http://www.icguttuso.gov.it)

Al Personale Docente

Al Personale ATA

**Oggetto: nomina pro tempore del personale docente e ATA per somministrazione farmaco salvavita.**

A seguito della richiesta inoltrata presso la direzione dell'Istituto dal Sig ..... per il/la figlio/a..... frequentante la classe.....della Scuola ..... relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione<sup>1</sup> in attesa dell'intervento del 118.

La famiglia è tenuta a presentare in segreteria il piano d'azione stilata dal medico con la procedura da seguire in caso di emergenza.

Il personale in oggetto osserverà le disposizioni in materia di trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) ed inoltre verrà informato sulle procedure indicate nel piano d'azione.

Carini, .....

Per presa visione e conferma della disponibilità

Le insegnanti

Personale ATA

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



**ISTITUTO COMPRENSIVO “RENATO GUTTUSO”**

Via Ischia n. 2 90040 –Villagrazia di Carini (Pa)

Telefono 091/8674901-Fax.091/8676907

Email: [paic86000d@istruzione.it](mailto:paic86000d@istruzione.it) – [paic86000d@pec.istruzione.it](mailto:paic86000d@pec.istruzione.it)

[www.icguttuso.gov.it](http://www.icguttuso.gov.it)

**Verbale per consegna medicinale salvavita**

In data ..... alle ore .....la/il sig. ....  
genitore dell'alunno/a,..... frequentante la classe  
..... della Scuola ..... consegna alle insegnanti di classe  
un ..... nuovo ed integro del medicinale..... da  
somministrare all'alunno/a in caso di ..... nella dose  
..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia  
allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal Dr.  
.....

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carini, \_\_\_\_\_

Il genitore

Le insegnanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_