

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/GESTIONE DI DISPOSITIVI MEDICI A SCUOLA
A.S. 2026-2027**

(o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S. L. EINAUDI – L. DA VINCI
MAGENTA**

Io/Noi, sottoscritto/i.....

Studiante/genitori / tutori legali dell'alunno/a

nato/a a (provincia di) il/...../.....

CF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a (provincia di.....) Via/piazza n....., frequentante nell'anno scolastico 20...../20..... la classe sezione

CHIEDO/IAMO e contestualmente AUTORIZZO/IAMO

per nostro/a figlio/a

(scegliere la/e opzioni)

- La somministrazione del seguente farmaco: (principio attivo.....) da parte del personale della scuola
- La somministrazione del seguente farmaco: (principio attivo.....) da parte di personale esterno alla scuola da noi indicato ed autorizzato
- L'auto-somministrazione da parte di nostro/a figlio/a della terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale della scuola, come richiesto dal Medico nella documentazione allegata
- La gestione del seguente dispositivo medico

Allego/hiamo alla presente richiesta (obbligatorio):

- Certificazione che attesta lo stato di malattia di nostro/a figlio/a
- Piano terapeutico relativo alla patologia di nostro/a figlio/a
- Altra eventuale documentazione utile (es. prospetti per utilizzazione /conservazione del farmaco, autorizzazione per la somministrazione del farmaco da parte di personale esterno alla scuola.....)

Mi/Ci impegno/iamo a:

- Fornire alla Scuola il dispositivo medico il farmaco/i prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, micro infusori di insulina, Sistemi di monitoraggio continuo del glucosio, glucometri, etc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza con particolare riferimento all'adrenalina auto iniettabile e al farmaco per l'interruzione della crisi epilettica prolungata - farmaci che devono sempre seguire l'alunno/a in ogni momento della sua permanenza a scuola e/o nelle attività extrascolastiche previste (come ad esempio uscite didattiche)
- Segnalare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso

Allegato 2A

Fornisco/amo i nostri recapiti per essere contattati in caso di necessità (*obbligatorio*):-

- Madre (indicare cognome e nome, numeri di telefono a cui sicuramente risponde e indirizzo mail)
.....
.....
.....
- Padre (indicare cognome e nome, numeri di telefono a cui sicuramente risponde e indirizzo mail)
.....
.....
.....
- Tutore legale (indicare cognome e nome, numeri di telefono a cui sicuramente risponde e indirizzo mail)
.....
.....
.....

Dichiaro/iamo inoltre che:

- Siamo consapevoli che il personale scolastico resosi disponibile alla somministrazione del farmaco non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- autorizziamo il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco o ad assistere l'alunno/a e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica

Note o altre indicazioni:

.....
.....
.....

Luogo e data

Firma dei genitori/tutore/studente

.....
.....

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA 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.