ISTITUTO COMPRENSIVO ANZIO IV
C.F. 97713650584 C.M. RMIC8C4003
A030JT4 - Istituto Comprensivo Anzio IV
Prot. 0004179/U del 07/10/2024 12:08

MINISTERO DELL' ISTRUZIONE e del MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "ANZIO IV"
Via Ardeatina, 81 00042 ANZIO (ROMA)
Tel. 06/9874703– Fax 06/98673191 C. M. RMIC8C4003 C.F. 97713650584
rmic8c4003@istruzione.it RMIC8C4003@PEC.ISTRUZIONE.IT
Sito web:www.anzioquarto.edu.it

Anzio, 7 ottobre 2024
Prot. come da segnatura

Genitori
Personale Docente e
ATA

COMUNICATO n. 47

OGGETTO: Modulistica per la Somministrazione dei farmaci- a.s. 24/25

Si comunica ai genitori degli alunni che necessitano della somministrazione di farmaci salvavita, che potranno presentare **FORMALE RICHIESTA** utilizzando la modulistica allegata al presente comunicato, debitamente compilata e corredata dalla certificazione medica attestante lo stato di malattia dello studente e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (*modalità e tempi di somministrazione, posologia, conservazione*).

Si precisa che **la richiesta ha validità annuale** pertanto la modulistica presentata lo scorso anno è da considerarsi scaduta.

Si informa, inoltre, che è compito della famiglia fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità e procedere all'eventuale sostituzione.

Per una più semplice gestione della documentazione, **si richiede di inserire i moduli in busta chiusa insieme al farmaco e consegnarli QUANTO PRIMA in segreteria didattica secondo i seguenti orari:**

- **MARTEDI' e GIOVEDI' – dalle ore 10.00 alle ore 12.00**
- **LUNEDI' e MERCOLEDI' – dalle ore 15.00 alle ore 16.00**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Vito CHIARIELLO
Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art 3 co. 2 D.Lgs. 39/93

Modulo 1 Al Dirigente Scolastico dell'IC ANZIO IV

I sottoscritti ..... in qualità di

□ Genitori

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dello/a studente/ssa ……..……...…… nato/a ……..…… il……. e frequentante nell'anno scolastico …...……/ la classe……...…

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i ……., coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

□ Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

□ Il minore stesso all'auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante Numeri di telefono utili:

Medico Curante …….

Genitori ……..……

In fede.

Data, ……..

Firma di entrambi i genitori/tutore

……
……

Modulo 2

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

I sottoscritti..... in qualità di

□ Genitori

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dello/a studente/ssa ……..……..… nato/a …… il……. e frequentante nell'anno scolastico……/..... la classe……..……

si dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e acconsente al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

Nota importante: si precisa che il mancato consenso non consente la possibilità di accogliere la presente richiesta.

Data, ……..

Firma di entrambi i genitori/tutore

……