

MODULO DI RICHIESTA PER ASSUNZIONE DI FARMACO "AL BISOGNO" IN AMBITO SCOLASTICO

**Alla cortese attenzione del Dirigente Scolastico
dell' IISS "Rinaldo D'Aquino" Montella**

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____,
Genitore dell'alunno/a _____, nato/a a _____
il...../...../..... e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe
... sez ... plesso _____

consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,

CHIEDO

che, in caso di necessità, mia/o figlia/o possa assumere il seguente farmaco durante l'orario scolastico:

- **Nome del farmaco:** _____
- **Principio attivo:** _____
- **Posologia / modalità di assunzione:** _____
- **Motivo della somministrazione:** _____
(es. cefalea, allergia, dolori mestruali, ecc.)

ALLEGRO

- ☐ Certificazione medica attestante la necessità del farmaco e la possibilità di assunzione autonoma da parte dello/a studente/ssa.
- ☐ Fotocopia del documento di identità del genitore/tutore.

DICHIARO

- che l'alunna assume il farmaco in modo **autonomo**, sotto la propria responsabilità;
- di **sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità** civile e penale derivante dall'assunzione del farmaco, trattandosi di farmaco "al bisogno" e non soggetto a somministrazione assistita.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679 ed ex D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____