



Amministrazione destinataria

Comune di Sesto ed Uniti

Ufficio destinatario

Ufficio segreteria e commercio

## Domanda di somministrazione farmaci in ambito scolastico

### Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

|                      |                      |                             |                      |                               |                      |                      |                          |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Cognome              |                      | Nome                        |                      | Codice Fiscale                |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                          |                      |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita            |                      | Cittadinanza                  |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                          |                      |
| Residenza            |                      |                             |                      |                               |                      |                      |                          |                      |
| Provincia            | Comune               | Indirizzo                   | Civico               | Barrato                       | Scala                | Piano                | SNC                      | CAP                  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        | <input type="text"/> | <input type="text"/>          | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Telefono cellulare   | Telefono fisso       | Posta elettronica ordinaria |                      | Posta elettronica certificata |                      |                      |                          |                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>        |                      | <input type="text"/>          |                      |                      |                          |                      |

### del bambino

|                      |                      |                      |  |                      |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|----------------------|--|
| Cognome              |                      | Nome                 |  | Codice Fiscale       |  |
| <input type="text"/> |                      | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |
| Data di nascita      | Sesso                | Luogo di nascita     |  | Cittadinanza         |  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |  |

### iscritto alla scuola

|                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Scuola               | Classe               | Sezione              |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### CHIEDE

la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal seguente medico presentati in allegato alla presente richiesta

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Cognome              | Nome                 |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

### CHIEDE INOLTRE

che per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti

| Nominativo | Telefono |
|------------|----------|
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |
|            |          |

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

#### DICHIARA

- di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori
- di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- di impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco o i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente al dirigente scolastico eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso
- di autorizzare, se del caso, l'auto-somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute)

Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

- certificazione stato di malattia
- copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*
- altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Sesto ed Uniti

Luogo

Data

Il dichiarante