



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE LUIGI GALVANI

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150
VIA GALVANI, 7 – 20124 M I L A N O –
TEL. 0288440253 – FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it
pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE LE USCITE DIDATTICHE/VIAGGI DI ISTRUZIONE
(Allegato CIRC. 201)**

**Al Dirigente Scolastico dell'I.C. LUIGI GALVANI Milano
Ai docenti Accompagnatori uscita didattica/viaggio istruzione**

Scuola primaria: GALVANI MARGHERITA DI SAVOIA E CARDINAL BORROMEO

Scuola secondaria di primo grado: FARA SAN GREGORIO

I sottoscritti

padre _____

madre _____

genitori/tutori dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

- consapevole che il personale docente accompagnatore individuato non ha né competenze né funzioni sanitarie,

CHIEDONO

che il/i farmaco/i salvavita di cui al punto 1) della circ. 201 così come indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante) nell'allegata **prescrizione** redatta in data ___/___/_____/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a durante le uscite didattiche/viaggi di istruzione dal docente accompagnatore secondo la posologia indicata e descritta dal medico specialista/pediatra di base allegata al presente modulo

oppure, in alternativa,

autorizzano il proprio figlio/a all'autosomministrazione della terapia farmacologica salvavita durante le uscite didattiche/viaggi di istruzione con la supervisione dei docenti secondo la posologia indicata e descritta dal medico specialista/pediatra di base allegata al presente modulo

sollevando il DS e il personale docente accompagnatore che somministra il farmaco da ogni responsabilità civile/penale derivanti dagli effetti della somministrazione purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico, non rientrando tale attività tra quelle soggette agli obblighi di vigilanza e di tutela ex art. 2048 c.c.. sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano



Ministero dell'Istruzione e del Merito



**Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE LUIGI GALVANI**

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150
VIA GALVANI, 7 – 20124 M I L A N O –
TEL. 0288440253 – FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it
pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

terapeutico.

CHIEDONO

▣ **che il/i farmaco/i di giornaliera assunzione rientrante in terapie prestabilite documentate da certificato medico** del curante o dello specialista (es: antibiotico; antistaminico) di cui **al punto 2) della circ. 201** così come indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante) nell'allegata **prescrizione** redatta in data ____/____/____/

▣ **autorizzano il proprio figlio/a all'auto somministrazione del farmaco rientrante in terapie prestabilite documentate da certificato medico** del curante o dello specialista (es: antibiotico; antistaminico) **durante le uscite didattiche/viaggi di istruzione con la supervisione dei docenti** secondo la posologia indicata e descritta dal medico specialista/pediatra di base allegata al presente modulo

sollevando il DS e il personale docente accompagnatore che somministra il farmaco da ogni responsabilità civile/penale derivanti dagli effetti della somministrazione purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico, non rientrando tale attività tra quelle soggette agli obblighi di vigilanza e di tutela ex art. 2048 c.c.. sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

DICHIARANO

altresì di provvedere alla fornitura del farmaco di cui al punto 1) o 2), consegnandolo al docente accompagnatore il giorno dell'uscita didattica /viaggio di istruzione

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro, con cui esercita congiuntamente la responsabilità genitoriale ex art.316 c.c., e di averlo informato in toto sulla richiesta di somministrazione farmaci a scuola inoltrata al DS

Data _____

Firma padre _____

Firma madre _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER FINALITA' CORRELATE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA AI SENSI D.LGS. 196/03

Noi sottoscritti

padre _____



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE LUIGI GALVANI

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150
VIA GALVANI, 7 – 20124 M I L A N O –
TEL. 0288440253 – FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it
pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

madre _____

genitori/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. per la gestione delle attività relative alla somministrazione di farmaci di cui al punto 1), 2), della circ. 201, nell'ambito scolastico, durante le uscite didattiche e i viaggi di istruzione

I dati oggetto del trattamento potranno essere comunicati a soggetti esterni alla istituzione scolastica esclusivamente per finalità atte a rispondere alla presente richiesta quali, a titolo semplificativo e non esaustivo:

- Pronto Soccorso 118 per eventuali interventi in regime di urgenza
- AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza)
- ATS territorialmente competente
- Guardia Medica territorialmente competente
- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro, con cui esercita congiuntamente la responsabilità genitoriale ex art.316 c.c., e di averlo informato in toto sulla richiesta di somministrazione farmaci a scuola inoltrata al DS

Data _____

Firma padre

Firma madre