ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 8
Ministero dell'Istruzione
Via F. Gregorovius - 06127 Perugia (PG)
Tel.: 075 5008870 - Fax. 075 5004544
e-mail: pgic85800e@istruzione.it - pec: pgic85800e@pec.istruzione.it
C.F. 94152480540 - C.U.: UFXXQM

Allegato 7 (autosomministrazione farmaci durante viaggio d'istruzione)

RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE VIAGGI D'ISTRUZIONE

Al Dirigente Scolastico I.C. Perugia 8

I / Il / La sottoscritti / o / a……
(barrare una delle caselle)

- In qualità di genitori
- In qualità di affidatario esclusivo
- In qualità di tutore
- In qualità di genitore vedovo / a

Dell'alunno/a …….....nato/a ……il……

frequentante la classe……sez.……della Scuola Secondaria di ……

CHIEDE/CHIEDONO

che il minore possa provvedere all'AUTOSOMMINISTRAZIONE del seguente farmaco indicato nella certificazione medica allegata:

…….

durante il viaggio d'istruzione "Un' aula in mezzo al mare - Policoro" dal giorno 31 marzo al 04 aprile 2025.

La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell'alunno, patologia, giorni, orari dell' autosomministrazione e l'attestazione della capacità del minore di saper provvedere autonomamente all'autosomministrazione.

Inoltre i genitori si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
A tal fine chiedono che il farmaco, consegnato con verbale di consegna, venga tenuto dall' insegnante accompagnatore _____della classe _____la quale si impegna a provvedere, sotto la sua responsabilità, di consegnare all' alunno il farmaco nei giorni e nell'orario stabilito dal medico curante.

[1] **In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.**
[2] **In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.**
[3] **In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall'art.15 della Legge n.3/2003 e dall'art.15 comma 1 della L.183/2011**
[4] **Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.**

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 all'interno dell'Istituzione scolastica.

Si allega certificazione medica.

Numeri di telefono utili:

Pediatra di riferimento o medico certificatore _____

Genitori: _____

_____

Data_____

Firma dei genitori

_____

_____

ISTITUTO COMPRENSIVO PERUGIA 8
Ministero dell'Istruzione

Via F. Gregorovius - 06127 Perugia (PG)
Tel.: 075 5008870 - Fax. 075 5004544
e-mail: pgic85800e@istruzione.it - pec: pgic85800e@pec.istruzione.it
C.F. 94152480540 - C.U.: UFXXQM

Allegato 8 (autosomministrazione farmaci durante viaggio d'istruzione)

VERBALE DI CONSEGNA FARMACI
PER AUTOSOMMINISTRAZIONE DURANTE VIAGGIO D'ISTRUZIONE

Al Dirigente Scolastico I.C. Perugia 8

In data _____alle ore _____

il/la sig./sig.ra _____

genitore dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____

della Scuola _____**,** consegna nelle mani di _____

n°____confezione/i nuova/e ed integra/e del farmaco_____

data di scadenza _____.

Il genitore:

• autorizza il docente accompagnatore _____a tenere il farmaco e a fornirlo allo stesso alunno solamente nell' orario e nelle date indicate dalla certificazione medica allegata.

• comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici: _____

Firma dei genitori* _____

Data _____

* *nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.*

Firma di chi, tra il personale scolastico, riceve il farmaco _____

Data _____