



# Ministero dell'Istruzione del Merito

## USR - Lazio

### Istituto Comprensivo Gino Strada

Via Latina, 303 – 00179 ROMA  
 17° Distretto – Municipio VII - tel. 06 893 71 483  
 Cod. Fisc. 80223110588 - Codice Meccanografico RMIC8CV00V  
 Cod. IPA ist\_RMIC8CV00V – Cod. Univoco UFA886  
 e-mail: rmic8cv00v@istruzione.it - PEC: [rmic8cv00v@pec.istruzione.it](mailto:rmic8cv00v@pec.istruzione.it)  
 Sito: [www.icstradagino.edu.it](http://www.icstradagino.edu.it)



Mod. F15A

#### RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Allegato 1- protocollo di intesa F15)

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di  genitori -  affidatari -  tutori dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... della scuola .....  
 nell'anno scolastico ....., affetto da .....  
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione  
 medica allegata, rilasciata in data ..... dal Dott. ....

#### CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra \_\_\_\_\_
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n. .... confezioni integre, Lotto ..... Scadenza.....**

**Si allega prescrizione medica.**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, \_\_\_\_\_

Numeri utili	
Telefono fisso.....	.....
Telefono cellulare.....	.....
Telefono Medico curante (Dott.....)	.....

**N.B. La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico. La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.**