



**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: mic8cv00v@istruzione.it - PEC: [mic8cv00v@pec.istruzione.it](mailto:mic8cv00v@pec.istruzione.it)  
 Sito: [www.icstradagino.edu.it](http://www.icstradagino.edu.it)



Mod. F16

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO PER DIABETE TIPO 1**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
 I.C. "Gino Strada" - Roma

I sottoscritti ..... e .....  
 genitori di ..... frequentante nell'a.s. ....  
 la classe ..... sez. ....del plesso .....

**DICHIARANO**

sulla base delle informazioni assunte dal medico Responsabile del Servizio di Diabetologia Pediatrica ..... che il/la proprio/a figlio/a ..... **affetto/a da diabete tipo1** necessita di una somministrazione a scuola del farmaco **GLUCAGONE** in caso di ipoglicemia, come da certificato medico allegato del Dott .....  
 I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: insegnanti e collaboratori/trici scolastici.

**Pertanto, sollevano**

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.  
 Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

.....  
 .....

Indicano comunque i propri recapiti telefonici, per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: .....

Allegano la documentazione medica specifica prodotta dal Dott..... contenente:

1. Diagnosi;
2. Sintomatologia;
3. Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco, dosaggio e modalità di somministrazione).

Inoltre autorizzano il personale che opera nella scuola ad avere contatti con il medico curante per avere ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Firma dei genitori

Il Medico del Servizio Specialistico  
 (Timbro e firma)

Roma, \_\_\_\_\_

*"I sottoscritti, consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiarano di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337ter e 337quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".*