



ISTITUTO PARITARIO "DIVINA PROVVIDENZA"  
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA, SECONDARIA DI 1° GRADO  
DISTR. XX – MUNICIPIO IX

VIA MATTEO BARTOLI, 255 00143 ROMA TEL-06-5011247

E mail [presidenza@scuoladivinaprovidenza.it](mailto:presidenza@scuoladivinaprovidenza.it), [segreteria@scuoladivinaprovidenza.it](mailto:segreteria@scuoladivinaprovidenza.it),  
[amministrazione@scuoladivinaprovidenza.it](mailto:amministrazione@scuoladivinaprovidenza.it)

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Alla Coordinatrice Didattica  
dell'Istituto "Divina Provvidenza"

I sottoscritti .....(padre)  
e..... (madre),  
genitori (o esercenti la potestà genitoriale) di .....  
nato/a a .....il ..... residente a .....  
in via..... frequentante la classe  
..... del plesso della scuola .....

### **CHIEDONO**

la somministrazione in ambito ed orario scolastici di farmaci corrispondenti allo stato di patologia e al Piano terapeutico certificati nell'allegata prescrizione del medico.

I genitori (o gli esercenti la patria potestà) dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso può non avere né competenze né funzioni sanitarie;
- 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;
- impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
- autorizzare, se del caso, l'eventuale autosomministrazione del farmaco.

Numero di telefono del Medico curante .....

I dati personali sensibili sono trattati ai sensi del Regolamento U.E. 2016/679 (GDPR).

Data .....

Firma

..... (padre)

..... (madre)