



**MODULO RICHIESTA somministrazione farmaci a scuola**

(per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico in caso di studente/essa minorenni)

Al Dirigente scolastico  
dell'ITT Buonarroti - TN  
Via Brigata Acqui 15,  
38122 Trento

Mail: [istituto.tecnico@buonarroti.tn.it](mailto:istituto.tecnico@buonarroti.tn.it)  
PEC: [buonarroti@pec.provincia.tn.it](mailto:buonarroti@pec.provincia.tn.it)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

\_\_\_\_\_

genitore/tutore dello studente (Cognome e nome)

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),



### CHIEDO

in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare a mio/mia figlio/a il farmaco (scrivere nome del farmaco) \_\_\_\_\_, come da Piano di Trattamento Individuale allegato, personalmente o tramite \_\_\_\_\_ da me incaricato;

(oppure)

che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'autosomministrazione in orario scolastico del farmaco (scrivere nome del farmaco) \_\_\_\_\_

come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco (scrivere nome del farmaco)

\_\_\_\_\_, come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, sia per il trattamento quotidiano che per il trattamento in situazioni di emergenza.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dello studente/studentessa medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della

REPUBBLICA  
ITALIANA



PROVINCIA  
AUTONOMA  
DI TRENTO



modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione. Inoltre, chiedo di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione dell'alunno/studente durante le attività scolastiche.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allegati: PTI, Informativa privacy sottofirmata