

ALLEGATO A**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'ISTITUTO "Duca degli Abruzzi"
TREVISO**

**OGGETTO: richiesta di somministrazione / auto-somministrazione di farmaco
salvavita in visita guidata / viaggio di istruzione / soggiorno studio**

Il/la sottoscritto/a _____ (Cognome e nome)
genitore/tutore/studente maggiorenne

Il/la sottoscritto/a _____ (Cognome e nome)
genitore/tutore

dell'alunno/a _____ (Cognome e nome)

nato/a a _____ () il ____ / ____ / ____

frequentante l'Istituto Duca degli Abruzzi di Treviso,

classe _____ sez. _____ indirizzo _____

essendo lo studente/la studentessa affetto/a dalla seguente patologia

.....

constatata l'assoluta necessità dell'assunzione del farmaco,

chiedono che

durante l'uscita didattica/viaggio di istruzione/soggiorno studio

a _____ dal _____ al _____

al/la proprio/a figlio/a sia/siano somministrato/i, da parte del personale non sanitario, il/i
farmaco/i indispensabile/i o salvavita previsto/i dal Piano Terapeutico depositato, redatto in
data ____ / ____ / ____ dal/la dott./dott.ssa _____

(indicare il nome del/dei farmaco/farmaci)

nel momento del bisogno (indicare quando)

con la seguente modalità

I sottoscritti esprimono il consenso affinché (barrare la casella interessata):

- ☐ i docenti accompagnatori/la famiglia ospitante/il personale della struttura scolastica dello Stato
estero (previo accertamento legislazione dello stato, se viaggio all'estero) **somministrino** il/i
farmaco/i previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia



responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del/i farmaco/i, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà cura della famiglia consegnare al/le docente/i la mattina stessa della visita guidata/viaggio d'istruzione, soggiorno studio il/i farmaco/i integro/i, che verrà/verranno riconsegnato/i ai sottoscritti al termine del viaggio.

oppure

- ☐ il/la proprio/a figlio/a **si autosomministri**, durante la/il visita guidata/viaggio d'istruzione/soggiorno studio, con la vigilanza del personale presente il/i farmaco/i salvavita previsto/i dal Piano terapeutico depositato.

I sottoscritti sono consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Data ____/____/____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà
genitoriale

Firma del genitore o dell'esercente la potestà
genitoriale

N.B.: qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche per conoscenza della volontà e del consenso dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale, ai sensi degli artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C.