

**DICHIARAZIONE GESTIONE FARMACI
DURANTE VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

I sottoscritti genitori (Cognome e Nome) e
..... dell'alunno nato
a....., il, frequentante la classe....., sez.....,
Scuola..... dell' I.T.T. Enrico Fermi"

- in base alla **Certificazione Medica da allegare** (All. 2) alla presente dichiarazione e Piano
terapeutico per l'avvio del protocollo sanitario scolastico rilasciato dal Dott.
..... in data.....

DICHIARANO CHE:

1. consegneranno il farmaco elencato nella tabella sottostante ;
2. la somministrazione degli stessi farmaci avverrà in modo autonomo da parte del proprio figlio
in sorveglianza di un adulto formato;
3. la somministrazione avverrà da parte di un addetto alla somministrazione farmaco salvavita. 4. Il farmaco

sarà consegnato al docente accompagnatore: _____

Nel caso di eventuale assistenza e/o somministrazione dei farmaci, da parte del
personale/docente accompagnatore, durante il viaggio di istruzione che si svolgerà dal
..... al
..... con destinazione, sollevano il
personale/docenti medesimi da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa
del farmaco.

Sarà cura di noi genitori provvedere alla consegna del farmaco (**all. modulo consegna farmaco**)
necessario prima della partenza.

A tal fine acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento
(UE) 2016/679.

Farmaco _____

Posologia _____

Descrizione dei sintomi ed indicazioni in caso di necessità

I Sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal
d.P.R. n. 445/00, dichiarano di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità
genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori Contatti
telefonici genitori: Madre Padre

Luogo, data Firma (di entrambi i genitori) _____
