



**MIM**  
Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

**USR**  
**SICILIA**



### ISTITUTO COMPrensIVO STATALE "G.F. INGRASSIA"

Scuola dell'Infanzia - Scuola primaria - Scuola secondaria di primo grado a indirizzo musicale  
Via Mons. Piemonte, 2 - 94017 REGALBUTO (EN) Tel./fax 0935/910031 ENIC816006 C.F. 80002480863  
Cod. IPA: istsc\_enic816006 – Cod. Univoco: UFEIH0  
E-mail: ENIC816006@istruzione.it PEC: ENIC816006@PEC.istruzione.it <https://icregalbuto.edu.it>

(Modello E)

#### MODULO dichiarazioni personali somministrazione farmaci

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. "G.F. Ingrassia" di Regalbuto (EN)

I/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_

Genitore/i Tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_/sezione \_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_,

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_ telefono/i cellulare \_\_\_\_\_

Telefono di \_\_\_\_\_

- Visto il verbale di consegna del farmaco
- Visto il verbale di custodia del farmaco
  - Visto il protocollo specifico d'intervento di primo soccorso

#### DICHIARA/DICHIARANO

1. di aver verificato personalmente che il farmaco consegnato viene custodito in locale e secondo modalità conformi alla prescrizione medica allegata;
2. di essere impossibilitato/i a somministrare il farmaco in caso di emergenza;
3. di essere consapevole/i che il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico NON HA competenze sanitarie;
4. di LIBERARE DETTO PERSONALE o, in assenza di esso, qualunque soggetto necessitato all'intervento di emergenza richiesto da OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA', purché l'intervento sia rispettoso del protocollo specifico accettato e sottoscritto;
5. di provvedere alla sostituzione del farmaco in prossimità della sua scadenza, sollevando il personale scolastico da OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA' sul rispetto delle date;
6. di obbligarsi a presentare all'inizio di ogni anno scolastico in cui il/la proprio/a figlio/a frequenta codesta Istituzione Scolastica nuova e aggiornata certificazione medica qualificata;

7. di obbligarsi ad accompagnare tale presentazione documentale da separata ed esplicita SEGNALAZIONE DI SUSSISTENZA O INSUSSISTENZA DI VARIAZIONI RISPETTO ALLA PRECEDENTE CERTIFICAZIONE AL FINE DI PROVVEDERSI DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA ALLE CONSEQUENZIALI VARIAZIONI DEL PROTOCOLLO DI INTERVENTO;
8. di essere consapevole/i che, in assenza di tale segnalazione, la Scuola manterrà il precedente protocollo di intervento, sollevando la Scuola ed il suo personale da ogni e qualsivoglia responsabilità connessa a tale colpevole omissione;
9. di essere stato/a/i edotto/a/i dal Dirigente Scolastico o suo delegato circa ogni aspetto legato all'eventualità della somministrazione del farmaco prescritto al/alla proprio/a figlio/a, accettandone le misure adottate in quanto rispondenti agli interessi tutti di tutela del proprio/a figlio/a;
10. di aver ricevuto doppio originale (o copia) dei modelli b, c, d, e, debitamente sottoscritti.

In fede,

(Luogo) \_\_\_\_\_, (Data) \_\_\_\_\_

**Firma/e del/i Genitore/i o Tutore**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_