





**ISTITUTO COMPRESIVO  
"R.COTUGNO"**

Cod. meccanografico: BTIC8AN006  
C.F. 90126930727 Codice Univoco: TBI7KT

PEO: [btic8an006@istruzione.it](mailto:btic8an006@istruzione.it)

PEC: [btic8an006@pec.istruzione.it](mailto:btic8an006@pec.istruzione.it)

SITO: [www.cotugnoandria.edu.it](http://www.cotugnoandria.edu.it)

Scuola Secondaria di I grado  
Scuola Primaria "G. Paolo II"  
Scuola dell'infanzia "E. De Amicis"  
Via Fucà, 21  
Tel. 0883 246440

Scuola dell'Infanzia  
"S. Agazzi"  
Via Catullo, 30  
Tel. 0883 594924

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

- mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica (scrivere il nome del farmaco)  
\_\_\_\_\_ in ambito scolastico con la  
supervisione **dal personale della scuola individuato dal Dirigente scolastico.**

**Consapevole che tale richiesta ha valore per l'intero ciclo scolastico**

**dichiaro che:**

- sarà mia cura provvedere inoltre alla fornitura all'adeguato rifornimento e/o **sostituzione** dei farmaci anche in relazione alla **scadenza** degli stessi  
- sarà mia cura provvedere a **rinnovare la documentazione** al variare della posologia e ad ogni passaggio/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo **stato di salute** dell'allievo medesimo e della necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione

Data \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

- Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_
- Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_
- Tutore/i cell.: \_\_\_\_\_
- Delegato alla somministrazione indicato dalla famiglia cell: \_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"R.COTUGNO"**

Cod. meccanografico: BTIC8AN006  
C.F. 90126930727 Codice Univoco: TBI7KT

PEO: [btic8an006@istruzione.it](mailto:btic8an006@istruzione.it)

PEC: [btic8an006@pec.istruzione.it](mailto:btic8an006@pec.istruzione.it)

SITO: [www.cotugnoandria.edu.it](http://www.cotugnoandria.edu.it)

Scuola Secondaria di I grado  
Scuola Primaria "G. Paolo II"  
Scuola dell'infanzia "E. De Amicis"  
Via Fucà, 21  
Tel. 0883 246440

Scuola dell'Infanzia  
"S. Agazzi"  
Via Catullo, 30  
Tel. 0883 594924

Andria, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Firma (1) di autocertificazione (Legge 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000 da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola)

(1) genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/06), altrimenti, a firma di affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.