



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
Scuola Secondaria di primo grado  
**QUIRINO MAIORANA**



Via C. Beccaria n.87 - 95123 CATANIA - Tel/Fax 095/448275  
Mail: [ctmm00300t@istruzione.it](mailto:ctmm00300t@istruzione.it) - [ctmm00300t@pec.istruzione.it](mailto:ctmm00300t@pec.istruzione.it)  
Cod. Fiscale 80012270874 – Cod. Univoco UFX18V  
web: [www.maioranact.edu.it](http://www.maioranact.edu.it)

**Modulo A) Intolleranze / Allergie** (da restituire a scuola ai docenti coordinatori)

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_ sez. \_\_\_\_\_ partecipante al Viaggio

d'Istruzione a Modica e dintorni , che si svolgerà dal 9 al 11 aprile 2025

**DICHIARANO**

- Che il proprio/a figlio /a non presenta nessuna forma di allergia e /o intolleranze alimentari;
- Che il proprio/a figlio /a presenta la /le seguenti forme di allergia e /o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/le allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa)

\_\_\_\_\_

- Allergie di altro tipo, con particolare riguardo ai farmaci (indicare in stampatello nello spazio sottostante)

\_\_\_\_\_

- Che il proprio figlio non necessita di assumere farmaci di alcun tipo
- Che il proprio figlio necessita di assumere farmaci:
  - Di tipologia salvavita (compilare modulo B1)
  - Per la sola durata del viaggio (compilare il modulo B2)

\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici:

Cell. Padre \_\_\_\_\_ Cell. Madre \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo genitore:**

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Firma del Genitore \_\_\_\_\_



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
Scuola Secondaria di primo grado  
**QUIRINO MAIORANA**

Via C.Beccaria n.87 - 95123 CATANIA - Tel/Fax 095/448275  
Mail: [ctmm00300t@istruzione.it](mailto:ctmm00300t@istruzione.it) - [ctmm00300t@pec.istruzione.it](mailto:ctmm00300t@pec.istruzione.it)  
Cod. Fiscale 80012270874 – Cod. Univoco UFX18V  
web: [www.maioranact.edu.it](http://www.maioranact.edu.it)



**Modulo B1 Farmaci Salvavita** (da restituire a scuola ai docenti coordinatori)

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_sez. \_\_\_\_\_ essendo il minore affetto  
dalla seguente patologia \_\_\_\_\_ con la presente

**Chiedono che**

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati durante il viaggio d'istruzione, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita** previsti **dal Piano terapeutico**;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

**I sottoscritti avranno cura di accordarsi con i docenti accompagnatori circa le modalità di fornitura dei farmaci.**

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo genitore:**

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitori \_\_\_\_\_ cell/abitazione \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)\_\_\_\_\_



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
Scuola Secondaria di primo grado  
**QUIRINO MAIORANA**

Via C.Beccaria n.87 - 95123 CATANIA - Tel/Fax 095/448275  
Mail: [ctmm00300t@istruzione.it](mailto:ctmm00300t@istruzione.it) - [ctmm00300t@pec.istruzione.it](mailto:ctmm00300t@pec.istruzione.it)  
Cod. Fiscale 80012270874 – Cod. Univoco UFX18V  
web: [www.maioranact.edu.it](http://www.maioranact.edu.it)



**Modulo B2 Farmaci per la sola durata del viaggio** (da restituire a scuola ai docenti coordinatori)

I sottoscritti \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_sez. \_\_\_\_\_ affetto

da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci per l'intera durata del Viaggio di istruzione come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal/lla Dott./ssa \_\_\_\_\_

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente dalla partenza del viaggio di istruzione fino alla riconsegna ai genitori l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per de o personale.

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:

La vigilanza del personale docente (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

L'affiancamento del personale docente (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n \_\_\_\_\_ confezioni integre del farmaco \_\_\_\_\_,

Lotto \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ e relativa prescrizione medica

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo genitore:**

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Si acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Tel. Madre fisso \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Tel. Padre fisso \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

Tel. medico curante Dott./ssa \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

NB: La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata per la durata del viaggio di istruzione.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra.