



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 - ctmm00300t@pec.istruzione.it
Cod. Fiscale 80012270874 – Cod. Univoco UFX18V
web: 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 in Puglia , che si svolgerà da 17 al 21 marzo 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 - ctmm00300t@pec.istruzione.it
Cod. Fiscale 80012270874 – Cod. Univoco UFX18V
web: 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** ^[L. 30/9/99]

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 - ctmm00300t@pec.istruzione.it
Cod. Fiscale 80012270874 – Cod. Univoco UFX18V
web: 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:^[1]_[SEP]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.