

Il Minore (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**NECESSITA**

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- ☐ patologia cronica
- ☐ per patologia acuta

**conseguentemente è prevista:**

- ☐ l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- ☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- ☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- ☐ la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitari (situazioni "complesse")

**Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:**

Nome commerciale del/i farmaco/i: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

- ☐ È prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): \_\_\_\_\_

Diagnosi e stato di malattia: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita": *(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data,

Timbro e firma del Medico

(Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale)

Al Dirigente Scolastico  
della Scuola\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I sottoscritti,

(Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

☐ Genitore ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ presso la Scuola \_\_\_\_\_

di Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

**CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**SI IMPEGNA**

a consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

**AUTORIZZA**

- ☐ Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.
- ☐ Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel Mod. 01.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Il Medico: \_\_\_\_\_

I Genitori: \_\_\_\_\_

Data,

Firma

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003**  
**Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di**  
**uso cronico e/o di emergenza a scuola**

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Pediatra di Famiglia, al Medico di Medicina Generale, all'Assessorato Regionale competente, al Ministero della Salute, all'AREU.
- Il titolare del trattamento è: \_\_\_\_\_
- Il responsabile del trattamento dei dati è: \_\_\_\_\_
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Data,

Il Dirigente Scolastico

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/2003)**

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196 del 30.06.2003,

i sottoscritti (Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

in qualità di ☐ genitore ☐ soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Prov. ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

- acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.
- non acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

**Nota importante: il mancato consenso impedisce la possibilità di proseguire nella pratica**

Data,

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nota:**

**Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro**