

Al Dirigente Scolastico della  
Scuola .....

Il /La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ..... Nome .....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

La Scuola .....

classe.....

**CHIEDE**

Che sia somministrato, in casi di emergenza, al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata,

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**

**In fede.**

**Data, .....**

**Firma \* .....**

---

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....

nato il.....residente a .....

**Necessita**

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....  
.....

modalità di somministrazione (orari, dose normale e massima, via di somministrazione)

.....  
.....  
.....

durata della terapia .....

(Indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....  
.....  
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per .....

.....  
.....

Data, .....

**timbro e firma del medico**

\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

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,

Il/la sottoscritto/a

Cognome.....Nome.....

In qualità di:

- genitore
- soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ..... Nome.....

nato a ..... PROV.....

il ..... classe .....

- acconsente** 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 acconsente** 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 inficia la possibilità di proseguire nella pratica.**

Data

Firma.....

(da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato)