



## Informazioni per la compilazione:

Il modulo, interamente compilato e firmato, dovrà essere inviato (esclusivamente in formato elettronico) tramite e-mail all'indirizzo dell'Istituto.



## RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ in qualità di genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

### CHIEDONO

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: \_\_\_\_\_
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento 2016/679.

Si consegnano n. \_\_\_\_ confezioni integre, Lotto \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

Si allega prescrizione medica.

In fede

Data,

\_\_\_\_\_

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*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".*

Roma, \_\_\_\_\_

Firma, \_\_\_\_\_



Numeri utili

Telefono fisso \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Telefono Medico curante (Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_)

N.B. La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico. La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

Si informano gli interessati che la Scuola può utilizzare i dati contenuti nel presente modulo esclusivamente per scopi determinati e legittimi relativi alla somministrazione di farmaci.

**Regolamento UE 2016/679 GDPR "General Data Protection Regulation".**