

Modulo 01

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, via di somministrazione)

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

durata della terapia .....

*(Nel caso di 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

Modulo 02

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 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 .....

**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 .....

- 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)