

<b>RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO</b>
---

Al Dirigente Scolastico  
Dell'I.C. Falcone-Borsellino di Caulonia (RC)

**Oggetto:** richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
genitore/i – tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, frequentante la classe/sezione  
\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ nell'a.s. \_\_\_\_\_ vista la specifica  
patologia dell'alunno/a \_\_\_\_\_ e  
constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono**

- la somministrazione al proprio/a figlio/a in ambito ed orario scolastico, da parte del personale non sanitario, **dei farmaci indispensabili** come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_  
Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del RegUE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI  NO

- Allegano Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal \_\_\_\_\_
- Modello B compilato e firmato dal dott. ....
- Consegnano farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino)

**Contestualmente autorizza/no:**

- a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo B;  
b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo B;

(oppure)

- la somministrazione al proprio/a figlio/a in ambito ed orario scolastico, da parte del personale non sanitario, **dei farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuta al seguente evento \_\_\_\_\_ che il medico ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_;
- Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del RegUE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI  NO

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal \_\_\_\_\_
  - Modello B compilato e firmato dal dott. ....
  - Consegna farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_
  - Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino)
- 

#### **Contestualmente autorizza/no:**

- c) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo B;
- d) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo B;

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 provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.**

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112***

#### **Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto comprensivo " Falcone-Borsellino" di Caulonia (Rc) dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo di Caulonia dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. Ssa Lucia Pagano.

Acconsentono 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).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

