

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

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

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

la Scuola

classe.....sez.....

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

Modulo 03/2

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

- L'informativa è pubblicata sul sito dell'I.C. all'indirizzo www.icbesanainbrianza.edu.it alla voce [Informativa](#)

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)