

**Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"**

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (CHE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO NELL'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITÀ TECNICA DA PARTE DELL'ADULTO - ART.2 DELLE RACCOMANDAZIONI MIUR DEL 25/11/2005 - IN AMBITO SCOLASTICO) E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico .....

Il/i sottoscritto/i:

- genitore - tutore

- genitore - tutore

dell'alunno/a

a ..... nato a ..... il ..... residente  
in via ..... frequentante la classe/sezione  
della Scuola ..... nell'anno scolastico .....

vista la specifica patologia dell'alunno .....  
preso atto del protocollo esistente tra ..... in materia di somministrazione di farmaci a scuola  
adottato in data ..... constatata l'assoluta necessità

**chiede/ono**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata prescrizione 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 Reg UE/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  
.....

- Consegna farmaco specifico alla scuola .....

- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco - es. custodito nello zaino)  
.....

Contestualmente autorizza/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata  
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata  
prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data .....

FIRMA del/i genitore/i o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. .... Tel. cellulare .....

Genitori: Telefono fisso ..... Tel. cellulare ..... Tel. di .....