

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

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI 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/i -tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ 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 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 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 dei genitori 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 \_\_\_\_\_

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.