

**RICHIESTA  
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe..... della scuola.....  
 frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....  
 nell'anno scolastico....., affetto da.....  
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data .....dal Dott.....

**CHIEDONO**  
 (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra \_\_\_\_\_
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....**

**Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Numeri utili	
Telefono fisso.....	.....
Telefono cellulare.....	.....
Telefono Medico curante (Dott. ....)	..... )

**N.B.**  
 La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.  
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.  
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

*Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità*

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,  
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

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

Nato il..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita a .....in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

**Modalità di somministrazione:** .....

**Orario:** 1<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> dose.....;

**Durata della terapia:**.....

**Modalità di conservazione:**.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita  
(barrare la scelta):

- Parziale autonomia       Totale autonomia

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

**Data,** .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....istituzione scolastica o formativa.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e profilo professionale
.....
.....

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

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

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

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

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

.....

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO

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

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

.....

3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente delegano formalmente il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre).....

Firma (madre).....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

.....

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO  
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....  
nato a .....il.....  
residente a .....in Via.....  
tel.....  
studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....  
scuola .....  
sita in Via .....Cap .....  
Località ..... Prov.....

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....  
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI

NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data, .....

## Allegato 5

### INFORMATIVA PRIVACY relativa alla somministrazione di farmaci a scuola

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative.

A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:

- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
- nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica

Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta;
- Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti
- Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo
- Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto)
- Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento)

I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori.

Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, quali i diritti dell'interessato, sono a disposizione nell'informativa generale già fornita in occasione dell'iscrizione e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale della scuola, cui rimandiamo. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al titolare del trattamento all'indirizzo e-mail: [ltic826001@istruzione.it](mailto:ltic826001@istruzione.it) o al Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO) all'indirizzo e-mail [dpo@vargiuscuola.it](mailto:dpo@vargiuscuola.it)

**Allegato 6**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO  
DEI DATI PESONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

di aver preso visione dell'informativa privacy e

**PRESTANO IL CONSENSO**

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_



## Allegato 7

### RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(Farmaci occasionali non legati a patologie croniche)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_ Sede di \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ (cognome e nome) (cognome e nome)

genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

#### CHIEDONO

di autorizzare il/la proprio/a figlio/a all'autosomministrazione, in ambito scolastico, del farmaco \_\_\_\_\_ nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

prescritto dal medico curante, Dr. \_\_\_\_\_

per la seguente condizione: \_\_\_\_\_

#### DICHIARANO

- di essere consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni;
- che il/la proprio/a figlio/a è autonomo/a nell'autosomministrazione del farmaco e pertanto si assume la responsabilità di tale somministrazione;
- di sollevare il personale scolastico da ogni responsabilità derivante dall'autosomministrazione del suddetto farmaco da parte del/la proprio/a figlio/a;
- di impegnarsi a fornire il farmaco alla scuola in confezione integra e di verificarne la scadenza;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di trattamento.

#### SCHEMA POSOLOGICO

Nome del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose da somministrare: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Orario/i di somministrazione a scuola: \_\_\_\_\_

Durata della terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Eventuali note/precauzioni: \_\_\_\_\_

#### ALLEGANO

- Certificato del medico curante attestante la necessità della somministrazione del farmaco in orario scolastico e l'assenza di controindicazioni all'autosomministrazione;

Numeri di telefono utili:

- Medico curante: \_\_\_\_\_

- Genitori/Tutori: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL'ISTITUZIONE SCOLASTICA**

Il Dirigente Scolastico, vista la richiesta presentata:

- AUTORIZZA l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a
- NON AUTORIZZA l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_