

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

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe..... della scuola.....
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 datadal 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)
o
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**

(compilazione a cura del MEDICO CURANTE in modo chiaro, dettagliato e leggibile, preferendo l'uso dello STAMPATO MAIUSCOLO)

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/A

Cognome.....Nome

Nato il.....

a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe..... sezdella scuola.....

sita ain Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a 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



UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo "ANTONIO DE CURTIS"
Via Della Tenuta di Torrenova, 130 - 00133 ROMA
Tel. 06.2022705 C.M.: RMIC85200L Cod. Fisc. 97020470585
✉ rmic85200l@istruzione.it ✉ rmic85200l@pec.istruzione.it
<https://www.icdecurtis.edu.it>

Allegato 3

Ai Genitori degli alunni interessati
IC A De Curtis- Roma

**OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA
INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DATI**

Gentili Genitori,
in merito alla richiesta da voi presentata a questa Istituzione scolastica per la somministrazione del farmaco salvavita e della relativa prescrizione dettagliata del Medico curante vi viene richiesto con la presente formale autorizzazione per il trattamento e la trasmissione dei dati al competente Ufficio dell'ASL RM2, indicato nella liberatoria.

Il trattamento e la trasmissione dei dati avverrà a cura del personale scolastico espressamente incaricato, secondo quanto richiesto dall'Ufficio sopra citato, con trasmissione telematica e modalità atte a garantire la protezione dei dati anagrafici e dati sensibili contenuti nella documentazione da voi consegnata.

Si richiede, pertanto, di restituire solo il modulo di consenso informato alla scuola (pg.2-3) e si ringrazia per la sempre fattiva collaborazione.

La scuola è a disposizione nel caso siano necessarie ulteriori informazioni e/o precisazioni
Cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Serafina Di Salvatore

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi art. 3 comma 2D.lgs. 39/1993



MIM

Ministero dell'Istruzione
e del Merito



UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Istituto Comprensivo "ANTONIO DE CURTIS"

Via Della Tenuta di Torrenova, 130 - 00133 ROMA

Tel. 06.2022705 C.M.: RMIC85200L Cod. Fisc. 97020470585

✉ rmic85200l@istruzione.it ✉ rmic85200l@pec.istruzione.it

<https://www.icdecurtis.edu.it>

MODULO DI CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Al Dirigente Scolastico
I.C. "A. De Curtis" Roma

I sottoscritti _____

in qualità di Genitori/Tutori del/la minore _____

Classe _____ sezione _____

Plesso Infanzia/ Primaria/ Secondaria Primo Grado *(barrare quello che non interessa)*

Denominazione del plesso _____

Vista

**l'Informativa relativa alla SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA-
INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI**

Esprimiamo il consenso al trattamento dei dati

inoltre

Autorizziamo la trasmissione dei dati da parte dell' I.C. "Antonio De Curtis"-Roma all' ASL RM2 –U.O.S. Medicina Preventiva età evolutiva- Referente Percorso Assistenziale Integrato a Scuola nel rispetto della vigente normativa sulla privacy per l'attivazione dell'intervento formativo in situazione per il personale scolastico ed educativo che potrà di seguito procedere alla somministrazione del Farmaco Salvavita

Data _____

In fede

| Nome e Cognome in stampatello | Firma |
|-------------------------------|-------|
| Padre/Tutore | |
| Madre/Tutore | |

Nel caso di firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a, _____ consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/ richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 338 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

| Nome e Cognome in stampatello | Firma |
|-------------------------------|-------|
| | |