

**RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

I sottoscritti ..... genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno  
dell'alunno/a ..... nato/a il ..... luogo e provincia di nascita  
..... C.F. .... frequentante la classe/sezione ..... della  
Scuola d'Infanzia/Primaria/Secondaria di 1° ..... sita a  
..... in Via .....  
essendo lo studente affetto da .....

**Chiedono**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista, operante nel SSN Dr  
..... nell'allegata prescrizione redatta in data .....

**sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola, dichiarano inoltre:**

- di essere consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie.
- di autorizzare il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e sollevarlo da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
- di impegnarsi a fornire alla scuola i farmaci prescritti nel Piano terapeutico, integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico, e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione;
- di provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- di impegnarsi inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco;

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili**

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità:

Medico Prescrittore: Dr. .... Cellulare: .....

Genitori: Madre cellulare: ..... Padre Cellulare: .....

**Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili** ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza, così come indicato nell'informativa in allegato.

Luogo e Data .....

Firma Madre ..... Firma Padre .....

\*Il sottoscritto, 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 artt. 316 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Luogo e Data .....

Firma genitore/tutore/amministratore di sostegno .....

**\*nel caso in cui firmi un solo genitore (nota MIUR-prot-5336-del-20/9/2015)**

Constata la necessità, si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data .....

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

**NOTE**

- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata+

**PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI  
MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL  
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa \_\_\_\_\_

Qualifica:

Medico di Medicina Generale     Pediatra di Famiglia     Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ ... e constatata l'assoluta necessità:

**PRESCRIVE  
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE  
VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/CF|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola primaria \_\_\_\_\_

scuola secondaria di primo grado \_\_\_\_\_

scuola secondaria di secondo grado \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

essendo lo studente affetto da \_\_\_\_\_

**DEL SEGUENTE FARMACO**

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

**Eventuali note aggiuntive**

Firma e timbro del Medico

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE  
NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

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

Data di nascita .....Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

Dirigente Scolastico .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: ... .. Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico .....-.....)

dal..... al.....

Terapia di mantenimento: .....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): .....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

Note .....

Data .....

Timbro e firma del Medico

.....



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**Istituto Comprensivo Statale "Leonardo da Vinci"**

Scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di 1° grado

25014 Castenedolo (Bs) – Via Rimembranze n° 9

Tel 0302731301 – Fax 0302731278

email: [BSIC80400L@istruzione.it](mailto:BSIC80400L@istruzione.it) – PEC: [BSIC80400L@pec.istruzione.it](mailto:BSIC80400L@pec.istruzione.it)

C.F. 80048350179

Sito web: [icscastenedolo.edu.it](http://icscastenedolo.edu.it)

codice scuola BSIC80400L

**Informativa sul trattamento dei dati personali relativi a somministrazione farmaci, resa in base all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679.**

Gentile Signore/a,  
secondo le disposizioni del Regolamento Europeo 2016/679, nel seguito indicato sinteticamente come Regolamento, il trattamento dei dati personali che riguardano i componenti della sua famiglia sarà improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza, a tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti.

Le forniamo, quindi, le seguenti informazioni sul trattamento dei dati più sopra menzionati:

- tutti i dati personali da Lei forniti, spontaneamente, in relazione alla sua richiesta di somministrazione farmaci verranno trattati esclusivamente per le finalità relative alla tutela della salute e del benessere di bambini/ragazzi definite dalla normativa vigente. (D.P.R. 8 marzo 1999 n.275 Regolamento in materia di autonomia delle istituzioni scolastiche, DM. Decreto Ministeriale del 15 luglio 2003, n. 388 Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale, Legge Regione Lombardia 2009 n.33 Testo Unico sulle leggi regionali in tema di sanità, Legge 13 luglio 2015 n.107, Piano Nazionale Malattie Rare 2013-2016, Piano sulla malattia diabetica, DGR 6919 del 24.07.2017 e allegato protocollo di intesa per la somministrazione di farmaci a scuola, Regolamento Europeo 2016/679 e tutta la normativa richiamata e collegata alle citate disposizioni);
- i dati personali particolari (relativi alla salute), previsti dall'art.9 Regolamento, saranno trattati esclusivamente dal personale della scuola, appositamente autorizzato e istruito, secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e di regolamento fin qui citate e nel rispetto del principio di stretta indispensabilità dei trattamenti. Questi dati non saranno oggetto di diffusione; tuttavia, alcuni di essi potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici nel rispetto delle finalità indicate al punto 1), quali ad esempio AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza), anche in relazione a quanto previsto dal D.M 305/2006, (Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate dal Ministero della pubblica istruzione).
- il conferimento dei dati ed il consenso al trattamento sono obbligatori** ai fini dell'erogazione del servizio richiesto;
- i dati personali più sopra evidenziati potranno essere trattati, solo ed esclusivamente per le finalità indicate al punto 1;
- il trattamento sarà effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza individuate ai sensi del Regolamento; i dati verranno conservati fino a quando necessari ai fini della terapia e nei tempi e nei modi indicati dalle Linee Guida per le Istituzioni scolastiche e dai Piani di conservazione e scarto degli archivi scolastici definiti dalla Direzione Generale degli Archivi presso il Ministero dei Beni Culturali;
- il Titolare del trattamento è: ISTITUTO COMPRESIVO "L. DA VINCI" V.le della Rimembranza,7 Codice Meccanografico BSIC80400L, CF 80048350179 - , rappresentato dal Dirigente scolastico reggente Prof.ssa Francesca Svanera
- il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è il Sig.Fabio Odelli email [rpd.scuole@gmail.com](mailto:rpd.scuole@gmail.com);
- Diritti degli Utenti:** così come previsto dal Capo III del Regolamento dall'Art.15 all'Art.21 gli Utenti, ai quali i dati personali sono riferiti, hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno degli stessi presso il Titolare del Trattamento, di conoscerne il contenuto e l'origine, di verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, la cancellazione, l'aggiornamento, la rettifica e la limitazione, nonché di opporsi al loro trattamento. È inoltre facoltà dell'Utente richiedere copia dei dati gestiti. Le richieste vanno rivolte al Titolare del Trattamento. Eventuali reclami possono essere inviati al Responsabile della Protezione dei Dati. È diritto dell'Utente proporre reclamo presso l'Autorità Garante per la protezione dei dati ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

Castenedolo, / /2022

FIRMA PER RICEVUTA

Il Titolare del trattamento  
Dirigente Scolastico reggente  
(Prof.ssa Francesca Svanera)

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1