

Oggetto: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti.....  
genitori di ..... nato a ..... il .....  
Residente a ..... in via .....  
n. .... Frequentante la classe ..... Della Scuola.....  
..... essendo il minore affetto dalla seguente patologia.....  
..... e constatata l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono che**

- che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;

(oppure)

- che al/la proprio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento \_\_\_\_\_ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico. I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione della necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

**I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambe i genitori.**

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118***

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto "\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D. Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo di \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi

Allegato A

se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. \_\_\_\_\_

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitori .....cell.....abitazione.....

Pediatra di libera scelta (PLS) Medico di Medicina Generale (MMG) .....

Cell.....studio.....riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà

.....

.....

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. "A. Scopelliti"  
Girifalco

Oggetto: indicazione per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)  
(a cura del *Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale*)

Il minore

Cognome.....Nome.....Nato il.....a.....

Residente a .....In via/piazza.....n.....Città.....

Affetto dalla seguente patologia.....

Nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza .....

.....  
.....

Necessita della somministrazione del seguente farmaco .....

.....

Modalità di somministrazione.....

.....

Dose.....

Eventuali note:

.....  
.....

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

**Timbro Pediatra di libera scelta /MMG**