

**Modulo 01**

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....  
nato il.....residente a .....

**Necessita**

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i  
.....  
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)  
.....  
.....  
.....

durata della terapia .....

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

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

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per .....  
.....  
.....

Data, .....

timbro e firma del medico

**Modulo 02**

Al Dirigente Scolastico della  
Scuola .....

Il /La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ..... Nome.....  
nato il..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....  
La Scuola .....  
classe.....

**CHIEDE**

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante**

**Numeri di telefono utili:** Medico Curante .....  
Genitori .....

**In fede.**

**Data,** .....

**Firma** .....

**Modulo 03**

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003**

**Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.**

Gentili Genitori,

Desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Il titolare del trattamento è: .....
- Il responsabile del trattamento dei dati è: .....
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D Lgs. 196 del 30.06.2003,

Il/la sottoscritto/a

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

In qualità di:

- genitore
- soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ..... Nome.....  
nato a .....PROV.....  
il .....

- acconsente** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.
- non acconsente** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

**Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica.**

Data

Firma.....

(da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato)