

## **ISTITUTO COMPRENSIVO BEATO CONTARDO FERRINI**

Via Luigia Greppi 19 21057 Olgiate Olona (VA) – tel. 0331 649172 Codice Ministeriale VAIC84500V  
 Codice fiscale 81010310126 - email [vaic84500v@istruzione.it](mailto:vaic84500v@istruzione.it) P.E.C. [vaic84500v@pec.istruzione.it](mailto:vaic84500v@pec.istruzione.it)

Modulo 1: compilazione a cura dei detentori la responsabilità genitoriale

Al Dirigente Scolastico  
 Dell'Istituto

---

**OGGETTO:** richiesta di somministrazione farmaco salvavita o indispensabile

I sottoscritti .....  
 ..... genitori di ..... nato/a a ..... il ..... in ..... residente a ..... in ..... via..... n. ....frequentante la classe ..... della Scuola ..... essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico

### **chiedono che**

al/la proprio/a figlio/a sia consentita l'autosomministrazione del farmaco avendo queste età, esperienza ed addestramento adeguati

(oppure)

al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ ed allegato alla presente;

(oppure)

che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

**Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci**

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo

## **ISTITUTO COMPRENSIVO BEATO CONTARDO FERRINI**

Via Luigia Greppi 19 21057 Olgiate Olona (VA) – tel. 0331 649172 Codice Ministeriale **VAIC84500V**  
Codice fiscale **81010310126** - email **vaic84500v@istruzione.it** P.E.C. **vaic84500v@pec.istruzione.it**

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.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

**Si allega:**

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

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

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....  
.....

**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 \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitori

..... cell/abitazione.....  
..... Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)  
..... cell/studio.....

## **ISTITUTO COMPRENSIVO BEATO CONTARDO FERRINI**

Via Luigia Greppi 19 21057 Olgiate Olona (VA) – tel. 0331 649172 Codice Ministeriale VAIC84500V  
Codice fiscale 81010310126 - email [vaic84500v@istruzione.it](mailto:vaic84500v@istruzione.it) P.E.C. [vaic84500v@pec.istruzione.it](mailto:vaic84500v@pec.istruzione.it)

Modulo 2: compilazione a cura del PLS/MMG

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

**OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco  
INDISPENSABILE/SALVAVITA (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico  
di Medicina Generale (MMG))**

L'alunno/alunna:

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

..... a ..... Residente a

..... in via/piazza

..... n.civico ....

..... affetto dalla seguente

patologia:.....

necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del **personale non sanitario**, del seguente

**FARMACO SALVAVITA**

**FARMACO INDISPENSABILE**

**Per farmaco SALVAVITA (da usare in caso di emergenza)**

Nome commerciale del farmaco:

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

Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

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

Dose di somministrazione del farmaco:

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

Modalità di somministrazione del farmaco:

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

Modalità di conservazione del farmaco:

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

## **ISTITUTO COMPRENSIVO BEATO CONTARDO FERRINI**

Via Luigia Greppi 19 21057 Olgiate Olona (VA) – tel. 0331 649172 Codice Ministeriale VAIC84500V  
Codice fiscale 81010310126 - email [vaic84500v@istruzione.it](mailto:vaic84500v@istruzione.it) P.E.C. [vaic84500v@pec.istruzione.it](mailto:vaic84500v@pec.istruzione.it)

Note:

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

### **Per farmaco INDISPENSABILE (da assumere regolarmente)**

Nome commerciale del farmaco:

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

Dose di somministrazione del farmaco:

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

Modalità di somministrazione del farmaco:

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

Modalità di conservazione del farmaco:

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

Note:

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

**Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):**  SI  NO

**Si certifica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni o perizie tecniche specialistiche di tipo sanitario e può essere effettuata da personale non sanitario.**

**Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione**

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

Timbro e firma del PLS/MMG

## ISTITUTO COMPRENSIVO BEATO CONTARDO FERRINI

Via Luigia Greppi 19 21057 Olgiate Olona (VA) – tel. 0331 649172 Codice Ministeriale VAIC84500V  
Codice fiscale 81010310126 - email [vaic84500v@istruzione.it](mailto:vaic84500v@istruzione.it) P.E.C. [vaic84500v@pec.istruzione.it](mailto:vaic84500v@pec.istruzione.it)

Informativa e consenso privacy

Data: \_\_\_\_\_

### **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 ristorazione (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 email: \_\_\_\_\_ o al Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO) all'indirizzo email \_\_\_\_\_.

## **ISTITUTO COMPRENSIVO BEATO CONTARDO FERRINI**

Via Luigia Greppi 19 21057 Olgiate Olona (VA) – tel. 0331 649172 Codice Ministeriale VAIC84500V  
Codice fiscale 81010310126 - email vaic84500v@istruzione.it P.E.C. vaic84500v@pec.istruzione.it

### **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI 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 5: modello risposta ai genitori che hanno chiesto l'autorizzazione per l'accesso di propri delegati ai locali della scuola per la somministrazione di farmaci salvavita al proprio figlio.*

Ai genitori dell'alunno \_\_\_\_\_