

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI  
IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

(rif: Decreto N. 6 del 27/03/2019 – giunta Regionale della Regione Veneto - Allegato A)

I sottoscritti

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Genitori/Responsabili genitoriali dello studente: \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ iscritto/a e frequentante la classe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola statale \_\_\_\_\_ di Padova, sita  
in via \_\_\_\_\_ e afferente a codesto Istituto, dichiarano che il/la  
proprio/a figlio/a è affetto/a dalla seguente patologia:

**constatata l'assoluta necessità, CHIEDONO:**

(indicare con una crocetta una o più delle seguenti opzioni)

- di provvedere e contestualmente AUTORIZZANO codesta istituzione scolastica alla somministrazione all'alunno/a in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i indicati, secondo le modalità prescritte nell'allegata autorizzazione medica;
- l'autosomministrazione in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i da parte del/la proprio/a figlio/a (ad eccezione dei farmaci salvavita), secondo le modalità prescritte nell'allegata autorizzazione medica, ritenendo che il/i farmaco/i sia/no gestibile/i da parte del/a proprio/a figlio/a per età, esperienza, addestramento in quanto autonomo/a nella gestione del problema salute, sollevando questo Istituto e il personale scolastico da eventuali responsabilità penali e civili derivanti dall'autosomministrazione della terapia farmacologica prescritta;
- l'accesso del personale estraneo all'amministrazione scolastica, di seguito elencato (solo in caso di mancata disponibilità alla somministrazione da parte del personale scolastico), autorizzato dai sottoscritti genitori/responsabili genitoriali alla somministrazione all'alunno/a in ambito ed orario scolastico del/i farmaco/i indicati, secondo le modalità prescritte nell'allegata autorizzazione medica:

- il sig./ra \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

- il sig./ra \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

Nome commerciale del o dei farmaci salvavita da somministrare in ambito e orario scolastico: \_\_\_\_\_

**Allegano** a tal fine il certificato medico RILASCIATO in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_, il quale:

1. attesta le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarate nella presente;
2. prescrive i farmaci come indispensabili per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione degli stessi;
3. dichiara che la somministrazione dei suddetti farmaci è eseguibile anche da parte di personale non sanitario rispetto al quale si autorizza fin d'ora l'intervento, ESONERANDO lo stesso da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione dei suddetti farmaci.
4. che in caso di autosomministrazione i farmaci prescritti sono gestibili in modo autonomo da parte dell'alunno/a.

**SI IMPEGNANO a dare comunicazione scritta se si renderanno necessarie delle modifiche nella prescrizione.**

**Consegnano** i farmaci per il trattamento prescritto come necessario, presso la scuola di frequenza.

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.**

**SI**

**NO**

Il \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**

\_\_\_\_\_  
**PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE**

\_\_\_\_\_  
**MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE**

**Recapiti telefonici utili:**

Madre **O RESPONSABILE GENITORIALE:**

cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre **O RESPONSABILE GENITORIALE:**

cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista:

cell. \_\_\_\_\_