



M.I.U.R.-U.S.R. EMILIA ROMAGNA –UFFICIO V - BOLOGNA  
**ISTITUTO COMPRENSIVO di CASTEL MAGGIORE**  
Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO)  
Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810  
Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-  
mail: [boic82200g@istruzione.it](mailto:boic82200g@istruzione.it) P.E.C.: [boic82200g@pec.istruzione.it](mailto:boic82200g@pec.istruzione.it)  
sitoWeb: <https://www.iccastelmaggiore.it/>



## Modulo A

**Alla Dirigente Scolastica  
dell'IC di Castel Maggiore  
Dott.ssa Antonietta Esposito**

**OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nome e cognome

e

il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nome e cognome

genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nome e cognome

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
plesso \_\_\_\_\_

- essendo il/la minore affetto/a dalla seguente patologia \_\_\_\_\_;
- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie;
- in seguito alla Certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico (Modello B) allegato;

### CHIEDONO

- che al proprio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico;
- che il proprio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'autosomministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

## I Sottoscritti

- esprimono il consenso affinché il personale scolastico individuato dalla Dirigente somministri o vegli sull'autosomministrazione dei farmaci previsti dal Piano terapeutico;
- sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione/autosomministrazione del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, al rifornimento e/o alla sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere:

- all'aggiornamento e al rinnovo della documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento;
- a comunicare tempestivamente alla Dirigente Scolastica attraverso adeguata documentazione medica ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione;
- a comunicare attraverso adeguata documentazione medica ogni variazione delle necessità di somministrazione/autosomministrazione 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/della proprio/a figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali provvederanno a redigere apposita dichiarazione firmata da entrambi 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 Pronto Soccorso**

## Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo di Castel Maggiore dichiara che il trattamento dei dati personali da Voi 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 Castel Maggiore 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 se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità



M.I.U.R.-U.S.R. EMILIA ROMAGNA –UFFICIO V - BOLOGNA  
**ISTITUTO COMPRENSIVO di CASTEL MAGGIORE**  
 Via Bondanello n. 28 - 40013 Castel Maggiore (BO)  
 Tel. 051/6321233 – Fax 051/712810  
 Cod. Fiscale 91201340378 Cod. Ministeriale BOIC82200G e-  
 mail: [boic82200g@istruzione.it](mailto:boic82200g@istruzione.it) P.E.C.: [boic82200g@pec.istruzione.it](mailto:boic82200g@pec.istruzione.it)  
 sitoWeb: <https://www.iccastelmaggiore.it/>



a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è la Dirigente scolastica Dott.ssa Antonietta Esposito.

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 **Modulo B Certificazione medica attestante il Piano terapeutico.**

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
 .....

**Numeri di telefono utili:**

Madre/Padre/Tutore cell. ....

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

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
 .....

In caso di firma di un Solo Genitore/tutore/affidatario: “Il/La sottoscritto/a, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione 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.”

Castel Maggiore, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_