



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 P.E.C.: 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 P.E.C.: 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 _____