

## 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

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

nato il..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola .....

classe.....sez.....

### 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 03/2

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

- L' informativa è pubblicata sul sito dell'I.C. all'indirizzo [www.icbesanainbrianza.edu.it](http://www.icbesanainbrianza.edu.it) alla voce [Informativa](#)

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)