Allegato 3

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DI DISPOSITIVI MEDICI A SCUOLA

(ai sensi della DGR 3 giugno 2025 - n. XII/4483)

Al Dirigente Scolastico della

☐ **Scuola primaria**
☐ **Scuola secondaria di I grado**
☐ **Scuola secondaria di II grado**

Io sottoscritto/a _____

genitore/esercente la responsabilità genitoriale dell'alunno/studente

Cognome _____Nome _____

nato a _____ il ___/___/_____

C. Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

frequentante la classe _____ della scuola _____

nel Comune di _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i e/o la gestione di dispositivi medici indicato/i dal MMG/PLS o specialista operante nel SSN nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/_____

☐ sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola.

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica. Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco e la gestione di dispositivi medici nelle scuole.

oppure che, in alternativa,

☐ mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Data _____ Firma _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 (GDPR) e del D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. n. 101/2018 esclusivamente per le finalità connesse alla presente richiesta.

Acconsento inoltre all'invio degli stessi ad ASST, ATS e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Data _____Firma_____

Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____

Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuale variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la responsabilità genitoriale