

**RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA IN ORARIO  
SCOLASTICO**

(da compilare a cura dei genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno e consegnare al Dirigente Scolastico UNITAMENTE alla prescrizione del medico curante).

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. di Ariano nel Polesine e Corbola

I Sottoscritti \_\_\_\_\_ (genitore1) \_\_\_\_\_ (genitore 2)  
genitori o esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_  
frequentante la scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di I grado \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ di cosdesto Istituto Comprensivo di Ariano nel Polesine e Corbola

**CONSTATA L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE  
AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN  
AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITA' PRESCRITTE  
NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA RILASCIATA IN DATA \_\_\_\_\_  
DAL DOTT. \_\_\_\_\_ CHE SI ALLEGA ALLA PRESENTE.**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA ALLEGATA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI E'  
ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN  
D'ORA L'INTERVENTO.**

**I SOTTOSCRITTI  
AUTORIZZANO**

il personale scolastico, identificato dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica.

**ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196 del 30/06/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

***Si allegano: il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno/a come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.***

Luogo e data.....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....(genitore 1) .....(genitore 2)

**In caso di firma di un solo genitore:**

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Firma del genitore/esercitante la responsabilità genitoriale.....

Allegare fotocopia documento di riconoscimento

Recapito telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° numero (genitore1)\_\_\_\_\_ lavoro\_\_\_\_\_

2° numero (genitore 2)\_\_\_\_\_ lavoro\_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/specialista

Cell. \_\_\_\_\_ambulatorio\_\_\_\_\_

**Note:** La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico, ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

---

Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico. La presente autorizzazione è valida per l'a.s. in corso.

Luogo e Data

.....

Timbro e firma del  
DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Antonella Flori