

**Allegato A**

**Al Dirigente Scolastico  
Dell'IIS CESARE BATTISIT DI VELLETRI**

**OGGETTO:** richiesta di somministrazione **farmaco salvavita** (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti .....  
genitori/eser. resp. genitoriale di .....nato a ..... il  
..... residente a ..... in  
via.....

n. ....frequentante la classe ..... dell'IISS Sandro  
Pertini.....essendo il minore affetto dalla seguente  
patologia .... e constatata  
l'assoluta necessità, con la presente

**chiedono**

di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata:  
Sig/ra \_\_\_\_\_

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del **personale non sanitario, i farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del **personale non sanitario, i farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento \_\_\_\_\_ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_;

Nel caso delle ultime 2 opzioni: I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico, **esonelandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.**

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare

adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione 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/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita 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 112***

**Privacy policy**

Con la presente clausola l'IIS Cesare Battisti di Velletri dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei 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 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 a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, prof.ssa Stefania Ciarla.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

**Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale**

.....  
.....

**RECAPITI TELEFONICI (DA COMPILARE):**

Genitori .....cell/abitazione.....

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 dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale**

.....  
.....