



## Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO SECONDARIO DI 1° GRADO PETRARCA – P. PIO

Via Togliatti, 1 - Tel./Fax 0882-331051 - 71016 SAN SEVERO (Foggia)

**Cod. Meccanografico: FGMM148003** - Codice Fiscale: 93061390717

e-mail: fgmm148003@istruzione.it e-mail P.E.C.: [fgmm148003@pec.istruzione.it](mailto:fgmm148003@pec.istruzione.it)

[www.petrarcapadrepio.it](http://www.petrarcapadrepio.it)



### Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO  
SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA  
SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI**  
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_  
vista la specialistica patologia \_\_\_\_\_  
preso atto del protocollo esistente tra \_\_\_\_\_, in materia di somministrazione di  
farmaci a scuola adottato in data \_\_\_\_\_ constata l'assoluta necessità

#### CHIEDE

**in nome e per conto dell'altro genitore**

*(indicare l'opzione desiderata)*

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica  
rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza  
fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg. UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati idonei  
a rivelare lo stato di salute delle persone). SI  NO

Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal  
\_\_\_\_\_

Consegna farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_

Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino)  
\_\_\_\_\_

Contestualmente autorizza/no:

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata  
prescrizione medica di cui al Modulo 3;



Ministero dell'Istruzione e del Merito

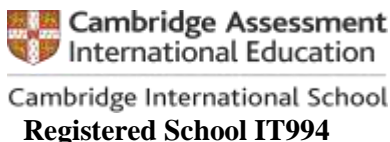
ISTITUTO SECONDARIO DI 1° GRADO PETRARCA – P. PIO

Via Togliatti, 1 - Tel./Fax 0882-331051 - 71016 SAN SEVERO (Foggia)

**Cod. Meccanografico: FGMM148003** - Codice Fiscale: 93061390717

e-mail: fgmm148003@istruzione.it e-mail P.E.C.: [fgmm148003@pec.istruzione.it](mailto:fgmm148003@pec.istruzione.it)

[www.petrarcapadrepio.it](http://www.petrarcapadrepio.it)



- la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numero di telefoni utili:

Pediatra di libera scelta /Medico Curante: Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Genitori: Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. Cellulare \_\_\_\_\_ Tel di \_\_\_\_\_

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha validità specifica della 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, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.