



Modulo 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il/la minore effetto/a dae constatata l'assoluta necessità,
chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.
Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il

Firma di entrambi i genitori
(o, in assenza di uno o di entrambi i genitori, di chi esercita la patria potestà)

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante*

Genitori(madre)

.....(padre)

* Si ricorda di segnalare tempestivamente in segreteria eventuali cambi del pediatra/medico curante
(ad es. al compimento del 14^{esimo} anno dell'alunno/a)



Modulo 2

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il/la minore effetto/a dae constatata l'assoluta necessità,
chiedono che **il/la minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia
farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica
rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il

Firma di entrambi i genitori
(o, in assenza di uno o di entrambi i genitori, di chi esercita la patria potestà)

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante*

Genitori(madre)

.....(padre)

* Si ricorda di segnalare tempestivamente in segreteria eventuali cambi del pediatra/medico curante (ad
es. al compimento del 14^{esimo} anno dell'alunno/a)

**Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico
e/o di emergenza in ambito scolastico**

Il/La minore (Cognome) _____ (Nome) _____ nato/a il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci:

- ☐ salvavita
- ☐ indispensabili

in ambito e in orario scolastico per:

- ☐ patologia cronica
- ☐ patologia acuta

conseguentemente è prevista

- ☐ l'auto-somministrazione dei farmaci indicati da parte del/la minore, sorvegliato/a dal personale della scuola (compilare modulo 2).
- ☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito e orario scolastico.
- ☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie.
- ☐ la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto Socio Sanitario (situazioni "complesse").

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Modalità di conservazione:

☐ è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): _____

Diagnosi e stato di malattia: _____

Descrizione dei sintomi/evento che richiedono la somministrazione del farmaco (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica):

Descrizione dei possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli:

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

Data, _____

Timbro e firma del Medico



INFORMATIVA PRIVACY INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA [Ver. A012 del 01/09/2025]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: - Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovrintendere alla somministrazione richiesta; - Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori; - ASL/ATS/ASST per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale; - Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza; - Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente); - Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.); - Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto); - Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione); esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare, tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.
Cosa accade se non conferisco i miei dati?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta
Cos'altro devo sapere?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata. Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail dpo@agicomstudio.it

Luogo e data

ALLIEVO _____ Classe _____ Sezione _____ Plesso _____

Cognome e nome 1° Genitore o Tutore Firma (*)

Cognome e nome 2° Genitore Firma

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.