

**Richiesta per la somministrazione  
di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in  
orario e ambito scolastico (alunno/a minorenne)**

Al Prof. Benedetto Lo Piccolo  
Dirigente Scolastico  
dell'IC "Rett. F. Evola"  
Via Bommarito 16  
90041 - Balestrate (PA)

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in qualità di genitorI/tutore dello/a alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_  
della scuola \_\_\_\_\_ di Via \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLI CHE il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci;

PRESO ATTO del protocollo tra Dirigenza Scolastica e l'Azienda ASL di PALERMO, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 24 gennaio 2017;

VISTA la specifica patologia dell'alunno: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- che sia consentito l'accesso al sottoscritto o alle seguenti persone \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ per la somministrazione dei  
farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei  
seguenti giorni ed orari: lunedì \_\_\_\_\_ ; martedì \_\_\_\_\_ ; Mercoledì \_\_\_\_\_ ;  
giovedì \_\_\_\_\_ ; venerdì \_\_\_\_\_ ;

*oppure:*

- che allo alunno/a sia somministrato il farmaco da personale scolastico appositamente individuato;  
 che lo alunno/a sia controllato durante l'autosomministrazione del farmaco  
come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine il sottoscritto consegna n. \_\_\_\_\_ di confezioni integre del farmaco necessario con scadenza il  
\_\_\_\_\_.

I/Il sottoscritti/o si impegnano/a a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione  
della terapia. Per eventuali comunicazioni si consegnano n. di telefono fisso \_\_\_\_\_  
o cellulare \_\_\_\_\_ dai quali risponderà con certezza.

***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 118.***

Ai fini del trattamento dei dati autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nel presente modulo in base all'art. 13 GDPR 679/2016.

Balestrate, li \_\_\_\_\_.

In fede  
Firma dei genitori/tutore

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_