

Modulo D. Autorizzazione per la somministrazione di farmaci salvavita

Al Dirigente Scolastico della Scuola Media

Io sottoscritto/a _____ Cod.ISS _____
(cognome e nome in stampatello)

in qualità di: ☐ genitore ☐ tutore

dell'alunno/a: _____ Cod.ISS _____
(cognome e nome in stampatello)

Chiedo

la somministrazione al/alla minore di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico per la
per la seguente patologia: _____

A tal fine:

- **allego il relativo certificato medico** rilasciato dall'U.O.C. Pediatria dell'I.S.S.
- **mi impegno** a partecipare ad un incontro con il personale scolastico e il personale medico dell'ospedale di San Marino per la redazione del Piano di Intervento.

Autorizzo

contestualmente, il personale scolastico alla somministrazione della terapia farmacologia indicata nel Piano di Intervento e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla loro somministrazione.

Mi impegno a consegnare personalmente il/i farmaco/ci nelle mani dei docenti, in modo da evitarne usi impropri e di sostituirlo/i se scaduto/i.

Mi impegno a notificare eventuali modifiche dello stato attuale e a comunicare agli insegnanti del Consiglio di Classe le necessarie informazioni.

Dichiaro

di essere a conoscenza che le informazioni e i dati contenuti nella presente richiesta saranno trattati in conformità alla "[Informativa sul trattamento dati della Scuola Media](#)".

(luogo, data)

(firma del richiedente/dichiarante)

N.B. Il presente modulo deve essere corredato di copia del certificato medico, rilasciato dall'U.O.C. Pediatria dell'I.S.S. I certificati medici per particolari patologie (nefropatie croniche, diabete, dislipidemie, ecc.) o celiachia hanno validità permanente. I certificati medici per intolleranza e/o allergia hanno invece validità annuale.