



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca  
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE

**LUIGI GALVANI**

Via F. Gatti, 14 - 20162 Milano

email [miis05400x@istruzione.it](mailto:miis05400x@istruzione.it) pec [MIIS05400X@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:MIIS05400X@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Tel. 026435651/2/3-Fax 026432058

Cf 02579690153

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA STUDENTI MINORENNI**

(COME DA PROTOCOLLO D'INTESA VIGENTE TRA ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA - ASST NIGUARDA – USR AT MILANO)

Al Dirigente Scolastico  
Scuola secondaria II grado  
IIS GALVANI MILANO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Genitore/tutore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico di famiglia o specialista operante nel SSN )  
nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

**sia/no somministrato/i dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

**sia/siano autosomministrato/i in ambito scolastico.**

Firma

Data \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Firma

Data \_\_\_\_\_

• Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

• Familiare di riferimento ( specificare )

1. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ cell.: \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

– **CERTIFICAZIONE MEDICA** aggiornata e contenente tutti i dati richiesti.

**NOTA BENE:**

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni devono essere certificate e comunicate tempestivamente.