

**Al Dirigente**  
**dell'Istituto di Istruzione Superiore Liceo Scientifico Statale "Leonardo da Vinci"**  
**Liceo Classico Statale "Giovanni Pascoli – Liceo Delle Scienze umane"**  
**Viale dei Tigli 38 – 21013 - Gallarate**

**Oggetto: Richiesta somministrazione di farmaco salva – vita** in ambito scolastico da parte dei genitori

Gli esercenti la responsabilità genitoriale,  
sottoscritti \_\_\_\_\_ dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ liceo \_\_\_\_\_ data l'assoluta necessità che il farmaco salva  
vita sotto dichiarato venga somministrato in orario scolastico

**CHIEDONO**

la somministrazione allo studente di cui sopra di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata;

**E**

l'autorizzazione di accesso ai locali scolastici, durante l'orario di lezione, per eseguire la somministrazione del farmaco allo studente/ssa interessato/a

**TERAPIA FARMACOLOGICA RICHIESTA IN AMBITO E ORARIO SCOLASTICO**  
**relativa allo studente di cui sopra**

Evento per il quale somministrare il farmaco

Nome commerciale del farmaco

Dose di somministrazione

Modalità di somministrazione

Durata della terapia

Orario 1<sup>a</sup> dose

Orario 2<sup>a</sup> dose

Orario 3<sup>a</sup> dose

Modalità di conservazione del farmaco

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico eventuale modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato.

Gallarate, \_\_\_\_\_

Firma degli esercenti la responsabilità genitoriale

\_\_\_\_\_

La presente richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico, se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che deve essere specificata sopra, la durata è per l'anno scolastico corrente e andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Gli Esercenti la Responsabilità genitoriale, con la sottoscrizione di tale richiesta, autorizzano, nel rispetto delle normative in materia di Privacy, ad informare il Consiglio di classe di appartenenza dello studente/ssa, in merito alla somministrazione del farmaco.

**Dopo averla compilata, sottoscritta, digitalizzata, in formato pdf, la richiesta dovrà essere spedita, come allegato, al seguente indirizzo mail: [vais001009@istruzione.it](mailto:vais001009@istruzione.it)**

#### Informativa per il trattamento dei dati personali

(Art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 ("GDPR"))

Ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo sulla Privacy entrato in vigore il 25 maggio 2018 (GDPR), si comunicano i dati di riferimento dei referenti e si rinvia alla pagina del sito istituzionale <https://www.liceogallarate.edu.it/privacy-policy/> dove è pubblicata l'informativa completa. Qualsiasi approfondimento può essere svolto sul sito del garante al seguente indirizzo [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it) oppure tramite la mail [protocollo@pec.gdpr.it](mailto:protocollo@pec.gdpr.it)

Titolare del trattamento: <b>ISIS "Leonardo da Vinci – Giovanni Pascoli" di Gallarate</b> , rappresentato dal Dirigente pro tempore <b>Nicoletta dott.ssa Danese</b>	Numero di telefono: 0331 793727 Indirizzo email: <a href="mailto:vais001009@istruzione.it">vais001009@istruzione.it</a>
Responsabile Protezione Dati (RPD): dott. Corrado Faletti - Servizi e Supporti s.r.l	Numero di telefono: +39 3428029049 Indirizzo email: <a href="mailto:direttore@controllerprivacy.it">direttore@controllerprivacy.it</a>