

Allegato 2

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DI DISPOSITIVI MEDICI A SCUOLA - studente maggiorenne

(ai sensi della DGR 3 giugno 2025 - n. XII/4483)

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____

Codice Fiscale _____

frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

nel Comune di _____

CHIEDO

Di potermi autosomministrare il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (MMG o specialista operante nel SSN), come da prescrizione allegata redatta in data ____/____/____, in ambito scolastico.

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

Firma dello studente: _____ **Data:** ____/____/____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 (GDPR) e del D.lgs. 196/2003 come modificato dal D.lgs. n. 101/2018 esclusivamente per le finalità connesse alla presente richiesta.

Acconsento inoltre all'invio degli stessi ad ASST, ATS e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Medico prescrittore: Dr. _____ Tel: _____

NOTE

- 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 vanno certificate e comunicate tempestivamente