



ISTITUTO CANOSSIANO  
Via A. Diaz, 30 - 25124 Brescia  
Tel. 030 2886511 - Fax 030 2886520  
www.canossadiaz.it - e-mail: segreteria@canossadiaz.it  
Scuole Paritarie: Infanzia - Primaria - Secondaria di I Grado

---

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A.S. 2021/22**

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO/A E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti \_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ grado di parentela \_\_\_\_\_

Genitori/tutori di \_\_\_\_\_

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

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

frequentante la scuola \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità

AUTORIZZANO e CHIEDONO

La somministrazione e/o auto somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui fin da ora si autorizza l'intervento, o da parte del minore stesso adeguatamente istruito.

L'autorizzazione viene chiesta per ragioni di tutela della salute dell'interessato, nel rispetto della normativa Privacy, più precisamente per quanto disposto dal Regolamento Europeo 679/2016, il trattamento da parte della nostra organizzazione dei dati relativi alla salute (dati appartenenti alla

categoria “dati particolari”) deve ricevere esplicito consenso da parte dell’interessato o di chi ne fa le veci.

Pertanto si chiede di esprimere o meno il consenso al trattamento del dato, invitando comunque a prendere visione dell’informativa completa sul trattamento dei dati, disponibile presso la segreteria della scuola, disponibile sul nostro sito internet all’indirizzo [www.canossadiaz.it](http://www.canossadiaz.it) e consegnata all’atto dell’iscrizione.

Dichiarando di aver preso visione dell’informativa privacy resa ai sensi dell’Art. 13 del GDPR 679/2016

Esprimo la mia scelta sul trattamento dei dati relativi alla salute:

concedo consenso

nego consenso

Data, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

.....  .....

Numeri di telefono utili da utilizzare in caso di emergenza/urgenza:

✧ Pediatra/Medico curante: \_\_\_\_\_

✧ Genitori: \_\_\_\_\_