

I.C. CARDUCCI - V. DA FELTRE - RC  
Prot. 0009243 del 27/09/2023  
I (Uscita)

Al Personale Docente  
Al Personale Ata  
Al DSGA  
Ai genitori degli alunni  
Albo / Atti  
Sito web

**OGGETTO:** Protocollo di somministrazione farmaci a scuola e gestione delle emergenze.

Ai fini della prevenzione e della salvaguardia dello stato di salute degli alunni, si invitano i genitori a comunicare eventuali patologie dei figli (cardio-respiratorie, allergie, recenti fratture, diabete, ecc.) che potrebbero determinare situazioni problematiche durante lo svolgimento delle attività scolastiche e/o la necessità di somministrazione di farmaci a scuola. La comunicazione deve avvenire mediante invio alla mail istituzionale della Scuola [rcic867007@pec.istruzione.it](mailto:rcic867007@pec.istruzione.it) di tutta la documentazione richiesta ed indicata nel presente Protocollo, entro e non oltre giorno 01 ottobre 2023.

Lo scopo di tali procedure è di consentire a tutti gli studenti con patologie croniche, che necessitano di interventi terapeutici programmati in orario scolastico o di interventi in emergenza prevedibile, di frequentare la scuola in modo sicuro e senza fattori di rischio. La somministrazione di farmaci a scuola, oggetto del presente protocollo, è riservata esclusivamente a situazioni di effettiva e assoluta necessità, determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o di patologie acute pregiudizievoli della salute.

**La somministrazione è riferita alle seguenti situazioni:**

- continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
- somministrazione o auto-somministrazione di farmaci (con la vigilanza del personale scolastico) in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta che richieda interventi immediati.

**Condizioni necessarie:**

- formale richiesta dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale di somministrazione del farmaco in ambito e in orario scolastico;
- certificazione attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione della terapia specifica di cui lo studente necessita.

**Figure coinvolte, responsabilità e ruoli:**

- **Genitori o esercenti la potestà genitoriale:**
  - devono inoltrare formale richiesta al Dirigente Scolastico fornendo la certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano terapeutico redatti dal Medico, allegando tutta la documentazione richiesta di seguito indicata **Allegati A, B e D, Allegato E** (per autosomministrazione di farmaci);
  - devono fornire disponibilità e recapiti per essere contattati in caso di necessità/consulenza;
  - devono segnalare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, variazioni formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
  - devono fornire il farmaco ed eventuali presidi, provvedendo al loro regolare approvvigionamento;
  - autorizzano la Scuola al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30/6/2003 n. 196;
  - autorizzano eventualmente l'alunno, dichiarato il suo grado di consapevolezza e responsabilità, alla somministrazione autonoma della terapia farmacologica, sotto vigilanza.  
(Allegato E)
- **Alunni:**
  - devono comunicare, se possibile, all'adulto di riferimento nel contesto scolastico eventuali criticità legate alla patologia o alla gestione del farmaco.

- **Medico specialista, pediatra o altra figura medica di competenza:**
  - certifica lo stato di malattia;
  - redige il Piano Terapeutico con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco;
  - deve fornire informazioni chiare e complete sugli eventi che richiedono la somministrazione del farmaco;
  - deve fornire informazioni complete e delucidazioni per l'applicazione del Piano Terapeutico.
- **Il Dirigente Scolastico:**
  - autorizza la procedura attuativa e si avvale della collaborazione di tutti i membri della comunità scolastica, a vario titolo competenti, richiedendo il supporto per l'attuazione del piano terapeutico, soprattutto in caso di eventuali criticità;
  - avvisa la famiglia dell'avvenuta necessità di somministrazione del farmaco;
  - deve fare ricorso, nei casi gravi e urgenti, al Sistema Sanitario Nazionale 118 avvertendo contemporaneamente la famiglia.
- **Personale docente e/o ATA:**
  - vigila sull'eventuale autosomministrazione della terapia farmacologica da parte dell'alunno somministra il farmaco a seguito dell'adesione volontaria al percorso/protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola;
  - collabora, per quanto di competenza, alla gestione delle situazioni di emergenza;
  - deve fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 avvertendo contemporaneamente la famiglia nei casi gravi e urgenti;
  - deve informare tempestivamente il Dirigente Scolastico dell'avvenuta necessità di somministrazione del farmaco e dell'eventuale ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118.

## Procedura operativa

In caso di necessaria somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico si dovrà seguire la seguente procedura:

1. I genitori o chi esercita la potestà genitoriale devono inoltrare al Dirigente Scolastico richiesta di autorizzazione di somministrazione di farmaci in ambito ed in orario scolastico. La richiesta deve essere presentata al Dirigente Scolastico mediante invio alla mail istituzionale della Scuola ([rcic867007@pec.istruzione.it](mailto:rcic867007@pec.istruzione.it)) e deve indicare i recapiti per contatti in caso di necessità da parte della Scuola. (**Allegato A vedi nota 1**).  
Tale richiesta deve essere completa della Certificazione dello stato di malattia e del relativo Piano Terapeutico, redatti dal Medico specialista, pediatra o altra figura medica di competenza. (**Allegato B vedi nota 2**).  
I genitori o chi esercita la potestà genitoriale consegnano il farmaco alla scuola ed autorizzano il personale docente e ATA alla somministrazione dello stesso.
2. Il Dirigente Scolastico, in esito alla verifica della sussistenza di tutti gli elementi di cui ai precedenti punti avvia la procedura:
  - informa il Consiglio di Classe interessato;
  - individua i Docenti e il personale ATA che si rendano volontariamente disponibili ad intervenire nelle casistiche oggetto del presente protocollo e ne acquisisce il consenso scritto ai sensi del D.LGS.81/08 e D.M.388/03 (**Allegato C**);
  - verifica e predispose le condizioni ambientali atte a garantire una corretta modalità alla conservazione del farmaco, così come indicate nel Piano Terapeutico;
  - garantisce la tutela della privacy - DL.196/03;
  - compila con la famiglia ed il personale scolastico il verbale di consegna del farmaco e dell'avvio della procedura di somministrazione. (**Allegato D**);
  - segnala alla ASL di riferimento i casi con prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi.

**Nota 1** Nella richiesta i Genitori o chi esercita la potestà genitoriale devono dichiarare di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

**Nota 2** La Certificazione dello stato di malattia redatta del medico, specialista, pediatra o altra figura medica di competenza, ai fini della presa in carico della richiesta dei Genitori al Dirigente Scolastico, deve esplicitare:

- l'assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa;
- che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Il piano terapeutico, parte integrante della Certificazione dello stato di malattia, redatto in modo chiaro e leggibile dal medico - specialista, pediatra o altra figura medica di competenza - conterrà necessariamente:

- nome e cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco e forma farmaceutica;
- principio attivo del farmaco
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione;
- ulteriori misure da adottare se la somministrazione del farmaco non avesse effetti positivi;
- durata e tempistiche della terapia (orario e giorni).

**È indispensabile ricorrere al numero unico dell'emergenza 112** in caso di manifestazioni acute per affrontare le quali è necessario prevedere di mettere in atto opportuni interventi.

In caso di manifestazione acuta in alunni che rientrano tra i casi con prescrizione di adrenalina per rischio anafilassi, al momento della chiamata al numero unico 112, si identificherà la richiesta di intervento con il termine "PROTOCOLLO FARMACO".

**In tutti i casi in cui si ravvisa un carattere di Emergenza/Urgenza è indispensabile ricorrere al 118.**

Il caso dell'emergenza imprevista è trattato nell'ambito del primo soccorso secondo quanto previsto dal D.Lgs. 81/08 e dal D.M. 388/03.

**NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLA PROCEDURA INDICATA.  
L'AUTORIZZAZIONE HA VALIDITÀ PER L'ANNO SCOLASTICO IN CORSO.**

<b>NORMATIVA DI RIFERIMENTO</b>
D.P.R n.275 del 8 Marzo 1999 concernente il regolamento per l'autonomia scolastica.
D.M. n.388 del 15 luglio 2003 – Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale.
D.lgs 196/03 n. Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.
D.lgs. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
Raccomandazioni del 25 novembre 2005 del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca d'intesa con il Ministero della Salute aventi ad oggetto "Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico".
Piano sulla malattia diabetica approvato in Conferenza Stato-Regioni il 6 dicembre 2012.
Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026 (approvato il 24 Maggio 2023).
Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità e successive modifiche.
Legge 13 luglio 2015, n. 107 Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti.
Circolare Ministeriale n. 321 del 10.01.2017 il Ministero dell'Istruzione ha ricordato le modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Prof.ssa Sonia Barberi**

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D. Lvo n° 39/93)

## Allegato A

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO**  
(da compilare a cura dei genitori/tutori/responsabili genitoriali dell'alunno e da inviare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico specialista, pediatra, o altra figura medica di competenza)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.C. "CARDUCCI – V. DA FELTRE" RC**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre/tutore) nato a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_  
e la sottoscritta \_\_\_\_\_ (madre/tutore) nata a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore e/o tutore dell'ALUNNO/A \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  
 della Scuola dell'Infanzia  della Scuola Primaria  della Scuola Secondaria di I grado di  
codesto Istituto affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_

### CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO

di provvedere e contestualmente autorizzano codesta Istituzione scolastica alla somministrazione allo studente in ambito ed orario scolastico dei farmaci indicati secondo le modalità prescritte nell'allegata prescrizione medica, rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_. La somministrazione dei suddetti farmaci è eseguibile anche da parte di personale non sanitario rispetto al quale si autorizza fin da ora l'intervento.

#### Recapiti telefonici utili

padre o responsabile genitoriale cell. \_\_\_\_\_ recapito fisso in orario scolastico 0965/ \_\_\_\_\_  
madre o responsabile genitoriale cell. \_\_\_\_\_ recapito fisso in orario scolastico 0965/ \_\_\_\_\_  
medico specialista, pediatra, altra figura medica di competenza che ha redatto la certificazione medica ed il Piano terapeutico di somministrazione del farmaco cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.**

Reggio Cal. \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Tutore**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Reggio Cal. \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

## Allegato B

### PRESCRIZIONE DEL MEDICO SPECIALISTA, PEDIATRA, O ALTRA FIGURA MEDICA DI COMPETENZA PER L'AUTOSOMMINISTRAZIONE / SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO

- da consegnare ai genitori/tutori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al Dirigente Scolastico;

esaminata la richiesta dei genitori/tutori/responsabili genitoriali  
accertata la necessità della somministrazione dei farmaci sottoindicati in orario e quindi in ambito scolastico  
accertato che la vigilanza/somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario

#### SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il

\_\_\_\_\_ ,  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  della Scuola dell'Infanzia  della Scuola Primaria

della Scuola Secondaria di I grado dell'Istituto "Carducci - V. da Feltre", affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_ nel caso in cui si verifichi

(descrizione dell'evento) \_\_\_\_\_

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

#### L'AUTOSOMMINISTRAZIONE / SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

nome \_\_\_\_\_ commerciale \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ farmaco \_\_\_\_\_

forma farmaceutica e principio attivo del farmaco \_\_\_\_\_

modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ dosaggio \_\_\_\_\_

orario 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^ dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_

eventuali interventi nel caso in cui il farmaco non avesse effetto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fin da ora mi dichiaro disponibile a fornire agli operatori scolastici, nei modi più opportuni, tutte le informazioni necessarie per la corretta identificazione degli eventi che necessitano della autosomministrazione/somministrazione del farmaco nonché le istruzioni per la corretta somministrazione dello stesso.

Reggio Cal. \_\_\_\_\_

Firma del medico specialista, del pediatra,  
o di altra figura medica di competenza

\_\_\_\_\_

Timbro

ALLEGATO C

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACOSALVAVITA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita

all'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola dell'Infanzia \_\_\_\_\_ della scuola Primaria \_\_\_\_\_ della  
scuola Secondaria di I grado di codesto Istituto, a seguito della richiesta inoltrata, presso la  
segreteria della scuola, dal/i sig.ri \_\_\_\_\_

per il/la figlio/a \_\_\_\_\_

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico autorizza a  
somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Luogo e data \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Per conferma disponibilità:

Personale Docente:

Personale A.T.A.

## Allegato D

### VERBALE DI CONSEGNA DEL FARMACO A SCUOLA E DI ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO

Il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il sig. \_\_\_\_\_  
(padre/tutore) nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ e la sig.ra \_\_\_\_\_  
(madre/tutore) nata a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ in qualità di genitore e/o tutore dell'ALUNNO/A  
\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  della Scuola dell'Infanzia  
 della Scuola Primaria  della Scuola Secondaria di I grado dell'I.C. "Carducci – V. da Feltre"  
**CONSEGNANO** alla Scuola una confezione nuova ed integra del medicinale \_\_\_\_\_  
da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ in caso di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ come da certificazione medica e secondo il Piano Terapeutico  
di somministrazione del farmaco rilasciati in data \_\_\_\_\_ dal dott.  
\_\_\_\_\_ e allegati in copia al presente verbale.

Il/i genitore/i/tutori/esercanti l'autorità genitoriale:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco
- sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento, provvedendo a consegnare alla Scuola il Piano Terapeutico aggiornato.

Il Dirigente Scolastico:

- autorizza la procedura di somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni contenute negli allegati A e B
- individua il seguente personale scolastico in qualità di somministratore autorizzato

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

- è autorizzato dalla famiglia a ricorrere ai numeri di emergenza, in caso di improvvisa emergenza.

I Genitori

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

Il Personale Scolastico

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

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

In caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Reggio Cal. \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

\_\_\_\_\_  
(padre/tutore)

\_\_\_\_\_  
(madre/tutore)

\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)

## Allegato E

**RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO**  
(da compilare a cura dei genitori/tutori/responsabili genitoriali dell'alunno e da inviare al Dirigente Scolastico unitamente alla prescrizione del medico specialista, pediatra, o altra figura medica di competenza)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'I.C. "CARDUCCI - V. DA FELTRE" RC**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (padre/tutore) nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ e la sottoscritta \_\_\_\_\_ (madre/tutore) nata a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_ comune di \_\_\_\_\_ in qualità di genitore e/o tutore dell'ALUNNO/A \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ affetto dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_  della Scuola dell'Infanzia  della Scuola Primaria  della Scuola Secondaria di I grado di codesto Istituto

### CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO LA POSSIBILITÀ

- che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_
- di somministrare personalmente in ambito ed orario scolastico la terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_

Dichiarano altresì di consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento dichiarano di conoscere la recente normativa anticovid-19 che impone, a chiunque sia necessitato ad entrare nei locali scolastici, di esibire preventivamente il GREENPASS.

### Recapiti telefonici utili

padre o responsabile genitoriale cell. \_\_\_\_\_ recapito fisso in orario scolastico 0965/ \_\_\_\_\_  
madre o responsabile genitoriale cell. \_\_\_\_\_ recapito fisso in orario scolastico 0965/ \_\_\_\_\_  
medico specialista, pediatra, altra figura medica di competenza che ha redatto la certificazione medica ed il Piano terapeutico di somministrazione del farmaco cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.**

Reggio Cal. \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Tutore**

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

In caso di firma di un solo genitore: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Reggio Cal. \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_