

**ISTITUTO SALESIANO**  
**«Beata Vergine di San Luca»**

via Jacopo della Quercia, 1 - 40128 BOLOGNA  
tel. 051/41.51.711 – [www.salesianibologna.it](http://www.salesianibologna.it)  
[presidesup.bolognavv@salesiani.it](mailto:presidesup.bolognavv@salesiani.it)



*Il Preside*

*MS 11 - Indicazioni a Carattere Medico (allergie - farmaci)*  
*Modulo di Richiesta alla Segreteria n° 11*  
*v.2, 19 Marzo 2021*

## **INDICAZIONI A CARATTERE MEDICO**

*dichiarazione di allergie, intolleranze alimentari, utilizzo dei farmaci*

Da consegnare personalmente alla Segreteria Scolastica con la firma autografa di entrambi i genitori (o tutori) unitamente alle pratiche di iscrizione di cui la richiesta è parte integrante  
info: [segreteria.bolognavv@salesiani.it](mailto:segreteria.bolognavv@salesiani.it)<sup>1</sup>

***Alla cortese attenzione del Direttore  
e del Coordinatore delle Attività Educative e Didattiche  
Istituto Salesiano Beata Vergine di San Luca - Bologna***

Con la presente, il sottoscritto: \_\_\_\_\_

Genitore/tutore dell'allievo/a: \_\_\_\_\_

Attualmente iscritto/a presso l'Istituto Salesiano di Bologna alla classe: \_\_\_\_\_ a.s. \_\_\_\_\_

**DICHIARA** al Direttore e al Coordinatore delle Attività Educative e Didattiche dell'Istituto Salesiano Beata Vergine di San Luca - Bologna quanto segue:

### **1. IN CASO DI INTOLLERANZE ALIMENTARI, ALLERGIE FARMACOLOGICHE E DI ALTRO TIPO:**

**L'allievo/a non è affetto da alcuna allergia e intolleranza verso alimenti, farmaci e quant'altro, e – in ambito scolastico – non necessita di alcuna somministrazione/autosomministrazione di farmaci**

**In alternativa:**

L'allievo/a è affetto dalla seguente allergia/intolleranza alimentare:

\_\_\_\_\_

così come specificato dal certificato medico in allegato; pertanto chiede che possa usufruire di un servizio dietetico speciale adatto a tale patologia

L'allievo/a è affetto dalla seguente allergia farmacologica o di altro genere:

\_\_\_\_\_

così come specificato dal certificato medico in allegato.

**La dichiarazione sulle intolleranze alimentari ha validità sino al termine dell'anno scolastico in corso e va presentata nuovamente all'inizio del successivo anno scolastico, completa di dichiarazione medica.**

<sup>1</sup> Gli Orari di apertura al pubblico degli Uffici durante l'anno e nei periodi di vacanza, sono pubblicati sul sito ([www.salesianibologna.it](http://www.salesianibologna.it)), voce del menù principale: **CONTATTI**, flag verde: **Economato, contabilità e segreteria**. Per ulteriori informazioni: 051/4151711 (centralino)

## 2. IN CASO DI PRESCRIZIONE MEDICA SULL'UTILIZZO DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO:

**L'allievo/a non necessita di alcuna somministrazione/autosomministrazione di farmaci**

### **In alternativa:**

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

e qui indicato/i: \_\_\_\_\_

sia/no auto-somministrato/a in ambito scolastico in modo autonomo, senza supervisione dei docenti

sia/no auto-somministrato/a in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

sia/no somministrato/i all'allievo/a 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.*

## 3. IN CASO DI PATOLOGIE (CRONICHE-ACUTE) O TERAPIE DI INTERESSE PER LA SCUOLA:

**L'allievo/a non presenta patologie e non è sottoposto a terapie tali da avere ricadute sulla vita scolastica e da essere segnalate al personale della scuola**

### **In alternativa:**

L'allievo/a è affetto dalla seguente patologia (cronica-acuta), e/o è sottoposto alla seguente terapia, per cui risulta necessario informare la scuola:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

si allega certificato medico con le eventuali indicazioni/prescrizioni utili al personale scolastico

-----

La presente dichiarazione ha validità e risulta perciò efficace dal giorno della sottoscrizione, conserva la propria validità fino alla conclusione definitiva del percorso scolastico dell'allievo/a presso l'Istituto Salesiano. Per ogni variazione rispetto a quanto espresso, sarà cura del dichiarante darne tempestiva comunicazione scritta alla segreteria.

-----

In fede<sup>2</sup>,

\_\_\_\_\_

Data e luogo

\_\_\_\_\_

Firma autografa del Padre (tutore 1)<sup>3</sup>

\_\_\_\_\_

Firma autografa della Madre (tutore 2)

<sup>2</sup> Il sottoscritto dichiara ai sensi dell'art. 13 del reg. ue 679/16 (gdpr), di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, anche ai fini della verifica delle dichiarazioni ivi riportate

<sup>3</sup> In caso di dichiarazione resa da un solo genitore, il firmatario, 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 all'artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Si allega la documentazione.