

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AL DIRIGENTE SCOLASTICO

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità in ambito ed orario scolastico, di attuare la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.
.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
 - la vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica dell'avvenuta auto somministrazione)
 - l'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003 e L. n. 160/2019, dal D.lgs. n. 53/2019, D.Lgs. n. 101/2018.

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Genitore 1

Genitore 2

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale.

..... il

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico curante Dott..... N. cellulare
- **Genitore1** Cognome e nome N. cellulare
- **Genitore2** Cognome e nome N. cellulare

Si allega autorizzazione medica

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN
AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO/A

Cognome..... Nome

Nato il..... a

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di
farmaco salvavita (barrare la scelta):

☐ Parziale autonomia ☐ Totale autonomia

TERAPIA D'URGENZA

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

.....

.....

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

.....

Timbro e Firma del Medico curante

VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data alle ore la/il sig.
 genitore dell'alunno/a
 frequentante la classe della scuola
 consegna a un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....
 da somministrare allo/a studente/studentessa in caso di¹
 nella dose come
 da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data
 dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Luogo e Data il

Il genitore

Il ricevente

.....

.....

Dirigente Scolastica

¹ Indicare l'evento