

Richiesta al dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo / Responsabile dell'Istituto Scolastico

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe della scuola
 nell'anno scolastico affetto
 da
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, 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, 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 (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato

.....,

Lotto **scadenza** e relativa prescrizione medica

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

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

N.B:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente scolastico per gli Istituti Comprensivi o ai Responsabili per gli altri Istituti.
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.
 In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

M

**Prescrizione del Medico Curante (PLS, MMG, Pediatra del Servizio di Pediatria dell'Azienda Sanitaria)
alla somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

Si PRESCRIBE

La somministrazione dei farmaci sottoindicati, da parte del personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico
ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

Nato il..... a..... Residente a

In via..... Frequentante la classe..... della scuola.....
..... in Via

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^ dose; 2^ dose; 3^ dose

4^ dose

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (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:

.....

.....

.....

(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante

.....

X