

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.

NB:

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.

h

**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 PRESCRIVE

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^a dose; 2^a dose; 3^a dose

4^a 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

.....

h