



Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE 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 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,

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"BATTIPAGLIA SALVEMINI"



(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.

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.



Allegato 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
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 DI PERSONALE NON SANITARIO, IN
AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

Nato il.

a.....

Residente a

.....

In

via.....

.. Frequentante la classe della

scuola..... sita ain Via

..... Affetto da

..... Nome

commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐

Salvavita

☐

Indispensabile

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

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"BATTIPAGLIA SALVEMINI"



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

.....