

### **RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti .....

e .....

in qualità di esercenti la responsabilità genitoriale 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/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) \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_

**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.

**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 a

..... in Via

.....

Affetto da

.....

.....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:**

.....

**Tipologia del farmaco:** (barrare la scelta):

Salvavita

Indispensabile

**Modalità di somministrazione:**

.....

**Orario:** 1<sup>^</sup> dose .....; 2<sup>^</sup> dose.....; 3<sup>^</sup> dose.....;

4<sup>^</sup> 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**

.....

**DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano**

**formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario

scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

DATA     \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_