RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO DA PARTE DEI GENITORI/TUTORI AL DIRIGENTE SCOLASTICO
da integrare con il documento di prescrizione alla somministrazione di farmaci redatto dal medico

I sottoscritti _____ e _____

in qualità di genitori / affidatari /tutori dell'alunno _____

frequentante la classe _____della scuola _____

nell'anno scolastico _____

affetto da _____

constatata l'assoluta necessità di somministrazione 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 al minore
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
  (allegare copia del documento di identità del delegato)
- ☐ 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) _____, _____

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.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessitata

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sottoindicati da parte di personale non sanitario, in ambito e orario scolastico

all'alunno/a _____

nato/a il _____ a _____

residente in _____ via_____

frequentante la classe _____ della scuola _____

di _____ via _____

affetto/a da_____

sintomatologia: _____

_____

Nome commerciale del farmaco da somministrare

_____

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐ **Salvavita** ☐ **Indispensabile**

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 (sintomatologia)

_____

_____

Dose: _____

Modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Note _____

_____

(Luogo e Data) _____, _____

Timbro e Firma del Medico curante

_____