

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
ALLEGATO A**

Pagina 1 di 2

Prot. n.

Vers. 1.18/19

Data

(Da compilare a cura dei genitori/tutori dell'alunno/a e da consegnare in Segreteria)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "Maria Montessori" - Terracina

OGGETTO: **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI - ALLEGATO A**

I sottoscritti _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
frequentante l'I.C. Maria Montessori, classe _____ sezione _____ Scuola:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> INFANZIA | <input type="checkbox"/> Delibera | <input type="checkbox"/> Aldo Moro/Francesco Lama |
| <input type="checkbox"/> PRIMARIA | <input type="checkbox"/> Don Adriano Bragazzi | <input type="checkbox"/> Elisabetta Fiorini/Francesco Lama |
| <input type="checkbox"/> SECONDARIA DI 1° GRADO | <input type="checkbox"/> Appio Francesco Monti | |

Essendo il minore affetto da _____
e constatata l'assoluta necessità, chiedono:

- Accesso** nei locali scolastici al/alla sottoscritto/a e alle seguenti persone delegate, al fine di provvedere alla somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata prescrizione medica:

1. _____
(Cognome e nome) (Documento di riconoscimento)
2. _____
(Cognome e nome) (Documento di riconoscimento)
3. _____
(Cognome e nome) (Documento di riconoscimento)

- Auto-somministrazione** da parte del minore, che è in grado di farlo con la vigilanza del personale della scuola, in ambito ed orario scolastico, della terapia farmacologica, come da allegata autorizzazione medica

- Somministrazione** in ambito ed orario scolastico dei farmaci, da parte del personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico, come da allegata prescrizione medica

Si allega prescrizione medica rilasciata dal Dott. _____ in data _____

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano il Dirigente e il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii.

Nel caso della firma di un solo genitore/tutore lo stesso, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma di entrambi i genitori/tutori _____

Numeri di telefono utili

Madre _____ Padre _____

Pediatra di famiglia/Medico curante _____

Altro (specificare) _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Pediatria di famiglia/Medico di medicina generale)

Attestato lo stato di malattia dell'alunno (certificazione allegata), vista la richiesta dei genitori e constatata l'**assoluta necessità**, si prescrive la somministrazione necessaria in ambito ed orario scolastico dei farmaci sotto indicati **da parte di personale NON SANITARIO** all'alunna/o:

Cognome _____ Nome _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

FARMACI INDISPENSABILI

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Posologia _____

Durata terapia: dal _____ al _____ intero anno scolastico

Possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Posologia _____

Durata terapia: dal _____ al _____ intero anno scolastico

Possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

FARMACI SALVAVITA - TERAPIA D'URGENZA

Farmaco _____

Dose _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Dichiaro che le **terapie di cui sopra non richiedono cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi somministra il farmaco**, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; **dichiaro, pertanto, che la somministrazione può essere effettuata da parte di personale non sanitario.**

Dichiaro, inoltre, che il minore **PUÒ** **NON PUÒ** auto-somministrarsi la terapia farmacologica sotto l'attenta vigilanza del personale della scuola.

Data _____

Timbro e firma del Medico
