



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura del genitore dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico e/o dirigenti UOSECS)

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo/ Scuola _____

Io sottoscritto/a _____

genitore dell'alunno/a _____ nato/a _____

il _____ frequentante la Scuola _____ classe _____ sez _____

Dichiaro che: la madre ☐ il padre ☐ fruisce della legge 104/92 art.3 comma3, in relazione alla patologia del figlio per cui si richiede l'intervento: SI ☐ NO ☐

Consapevole delle responsabilità civili e penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false, dichiaro che le notizie fornite con la presente domanda corrispondono a verità (art.76 DPR n. 445/2000).

Comunico

che mio figlio/a affetto/a da _____
necessita di somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico come da allegata prescrizione
medico (PLS MMG) rilasciata in data _____ dal Dott. _____

e che inoltre è fruitore dei benefici della Legge 104 (art.3 comma 3) SI ☐ NO ☐

A tal fine richiedo:

- ☐ di poter accedere alla sede scolastica per poter somministrare personalmente il farmaco a mio figlio/a
- ☐ la sorveglianza durante l'auto somministrazione prevista per mio figlio/a che, vista l'età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione della patologia
- ☐ che a mio figlio/a venga somministrato il farmaco da parte del personale scolastico, vista la mia impossibilità a provvedere personalmente, consapevole che tale manovra (come da prescrizione medica) è effettuabile da personale non sanitario, di cui si autorizza sin d'ora l'intervento, esonerando il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale per eventuali effetti avversi derivanti dalla somministrazione dello stesso.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura e all'adeguato rifornimento o sostituzione dei farmaci, integri, anche in relazione alla data di scadenza e rinnovare la documentazione ad ogni variazione della posologia/patologia.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs196/03:

Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale _____

Recapiti telefonici _____

A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

Si accetta e autorizza

Data _____ Firma del Dirigente _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI URGENZA
(da compilare a cura del pediatra di famiglia, del medico di medicina generale o specialista)

Vista la richiesta del genitore, constatata l'assoluta necessità di somministrazione in caso di **URGENZA** di specifico farmaco, che non richiede il possesso di cognizioni specifiche da parte del personale scolastico disponibile,

si prescrive per l'alunno/a _____

nato /a il _____ domiciliato/a in _____

frequentante la Scuola _____

sita in via _____

e affetto/a da _____

in caso della comparsa dei seguenti sintomi (*specificare le caratteristiche della sintomatologia*)

la somministrazione del seguente farmaco (*nome commerciale del farmaco*)

Modalità di somministrazione/ dose / orario _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Contattare le seguenti persone, secondo l'ordine di priorità sotto indicato:

Nome Cognome _____

qualifica _____ telefono/i _____

Nome Cognome _____

qualifica _____ telefono/i _____

Nome Cognome _____

qualifica _____ telefono/i _____

Nome Cognome _____

qualifica _____ telefono/i _____

Data _____ timbro e firma del medico _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura del pediatra di famiglia, del medico di medicina generale o specialista)

Vista la richiesta del genitore, constatata l'assoluta necessità di somministrazione di specifico farmaco, che non richiede il possesso di cognizioni specifiche da parte del personale scolastico disponibile:

Si prescrive

Per l'alunno/a _____

Nato/a il _____ domiciliato/a in _____

frequentante la Scuola _____

sita in via _____

e affetto/a da _____

la somministrazione del seguente farmaco (nome commerciale) _____

Modalità di somministrazione /dose / orario

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note

Recapiti telefonici del medico prescrittore _____

Data

Firma e timbro del medico

