

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti.....

genitori di.....

nato a .....il.....

residente a ..... in via.....

frequentante la classe ..... della Scuola.....

sita a ..... in Via.....

essendo il minore affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data .....

dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

Genitori.....

Pediatra di libera scelta/medico curante.....

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

Si certifica che l'alunno Cognome ..... Nome ..... Data di nascita  
..... Residente a ..... in Via  
..... Frequentante la scuola  
..... classe ..... affetto da  
.....

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento  
.....  
che si manifesta con la seguente sintomatologia .....

Nome commerciale di farmaco .....

Modalità di somministrazione .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Orario.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Note .....

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione

NO      SI con le seguenti modalità .....

Data.....

TIMBRO E FIRMA  
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O  
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE  
INDISPENSABILE O SALVAVITA**

Alunno/a .....

In data ..... alle ore ..... la/il Sig..... genitore  
dell'alunno/a,.....

frequentante la classe ..... / sez. ....della scuola.....,

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale .....

..... da somministrare al bambino/a

ogni giorno alle ore..... nella dose.....

oppure in caso di ..... nella dose.....:

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data  
.....dal dott.....

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da  
ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

..... Il  
genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà  
terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data, .....

I genitori

.....

I Docenti

.....