

## Allegato 1

### RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti ..... e

.....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a

.....

frequentante la classe ..... della

scuola.....

nell'annoscolastico....., 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/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) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

.....

<b>Numeri di telefono utili:</b>
Tel. Genitori: tel fisso .....      Tel cell .....
Tel. Genitori: tel fisso .....      Tel cell .....
Tel. medico curante Dott. .... tel. ....

<b>NB:</b> 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>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</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**

.....

