

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "F.Muttoni" - Sarego e Brendola

Oggetto: Richiesta di autorizzazione all'auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico da parte dell'alunno.

I sottoscritti _____ e _____,
genitori dell'alunno _____ nato a _____
il _____, frequentante la classe _____ della Scuola _____, essendo il minore
affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, come da allegata richiesta
medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

chiedono

che l'alunno provveda in autonomia alla somministrazione del farmaco salvavita
_____ in caso di necessità, liberando il personale scolastico da ogni
responsabilità in ordine all'utilizzo non corretto nella modalità, nella posologia e nei tempi;

dichiarano

- Che il proprio figlio è in grado di riconoscere i sintomi della crisi, i tempi e le dosi di somministrazione;
- Di aver responsabilizzato il proprio figlio in ordine alle modalità di conservazione e all'uso strettamente personale del farmaco;

Data _____

Firma dei genitori/tutori _____

oppure

IN CASO UNO DEI DUE GENITORI SIA IMPOSSIBILITATO AD APPORRE LA FIRMA

Il genitore unico firmatario dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver informato e ottenuto l'assenso dell'altro genitore/titolare di potestà genitoriale, ai sensi e nel rispetto dell'art. 316 e segg. del Codice Civile.

In fede

Data _____ Firma _____

Sarego, _____ [] si autorizza [] non si autorizza

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa POZZA Daniela

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto I.C. "F. Muttoni" – Sarego e Brendola

Oggetto: Richiesta di somministrazione di farmaco salvavita in orario scolastico da parte del Personale

I sottoscritti _____ e _____,
genitori dell'alunno _____ nato a _____ il
_____, frequentante la sezione/classe _____ della Scuola _____, essendo il
minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, come da allegata
richiesta medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____
essendo il minore affetto da _____, constatata l'assoluta necessità,

chiedono che il personale della scuola

provveda alla somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci indicati come da allegata
prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Si autorizza il personale scolastico alla somministrazione, sollevandolo da ogni responsabilità.

Numeri di telefono utili:

- Medico curante Dott. _____
- Genitori _____

Allega documentazione medica riportante:

Sintomi - Nome commerciale del farmaco - Modalità di conservazione del farmaco - Modalità di
somministrazione – Dosi – Dichiarazione che la somministrazione del farmaco *"non richiedere il possesso di
cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto"* (art. 2
delle Linee Guida).

Data _____

Firma dei genitori /tutori

oppure

IN CASO UNO DEI DUE GENITORI SIA IMPOSSIBILITATO AD APPORRE LA FIRMA

Il genitore unico firmatario dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, di aver informato e ottenuto l'assenso
dell'altro genitore/titolare di potestà genitoriale, ai sensi e nel rispetto dell'art. 316 e segg. del Codice Civile.

In fede

Data _____ Firma _____

Sarego, _____ [] si autorizza [] non si autorizza

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Pozza Daniela

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

I.C. "F Muttoni" di Sarego

Prescrizione alla somministrazione di farmaci in orario scolastico (a cura del Medico curante)

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 a _____ il _____ residente a _____

in via _____ frequentante la Scuola _____

sez. _____ classe _____

Indicazioni terapeutiche finalizzate ad una corretta gestione della situazione

Diagnosi: _____

Sintomatologia: _____

AFvità di routine

Nome commerciale del farmaco: _____

Modalità di somministrazione _____

Dose _____

Orario 1^ dose _____ 2^ dose _____

3^ dose _____ 4^ dose _____

Modalità di conservazione _____

Durata della terapia: _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Possibili situazioni di crisi / emergenza

Eventi / sintomi che richiedono misure appropriate e/o farmaci diversificati

Eventuali note di primo soccorso:

Data _____

Timbro e firma del Medico
