

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Statale
"F. Muttoni"
di Sarego e Brendola - VI

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta o medico di medicina generale)**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____

affetto/a da _____

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO DA
PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO DEL SEGUENTE FARMACO**

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____

Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

In caso di urgenza dovuta a _____

che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

Quotidianamente ai seguenti orari: _____

Note _____

**Si certifica altresì che la somministrazione del farmaco può essere effettuata da
personale non sanitario opportunamente informato.**

Data _____

Timbro e firma del pediatra di libera scelta
o medico di medicina generale

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

Oggetto: Richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci in orario scolastico da parte di terzi

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. _____

chiedono

che le persone sottoelencate possano accedere ai locali scolastici nei giorni di
_____ alle ore _____
dal _____ al _____ per somministrare i farmaci prescritti al proprio figlio:

COGNOME NOME	DATA DI NASCITA	DOC. DI IDENTITA' N.	TELEFONO

dichiarano

che dette persone conoscono posologia e modalità di somministrazione del farmaco.

allegano

Copia del documento di riconoscimento delle persona incaricate

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 _____

Lonigo, _____ [] si autorizza [] non si autorizza

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Pozza Daniela

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 _____

Lonigo, _____ [] si autorizza [] non si autorizza

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa POZZA Daniela

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 _____

Lonigo, _____ [] si autorizza [] non si autorizza

Il Dirigente scolastico
Prof.ssa Pozza Daniela