

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

**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

**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

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

**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