MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
Istituto Comprensivo ASSEMINI 2 - Assemini (Ca)
c.a.p. 09032 - Corso Europa n. 35
Tel. 070/940005 C.F. **92280300929**
e-mail caic8aj003@istruzione.it *PEC* caic8aj003@pec.istruzione.it

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti ..... e .....

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

frequentante la classe ..... della scuola.....

nell'anno scolastico....., 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

....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. medico curante Dott. ..... tel. .....

NB:
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^ dose .....; 2^ dose……; 3^ dose……; 4^ 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

……..