Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Palatucci Qudrivio

Campagna

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per

**patologie croniche o in caso di emergenza**

Il /La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore, Cognome ………………………….……………… Nome ……..………………………………………

nato/a il…………………….………….e frequentante nell’anno scolastico ……..……/…………….….

la classe …………. sez. ………… della scuola ……………………………………………..………….…..

di …………………………………………………………………………………………………………………………

essendo il minore affetto da ………………………………………………………………………………....

e constatata l’assoluta necessità

### CHIEDE

**(barrare le voci che interessano)**

* sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite
  + la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

### la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica, **(MODULO A allegato alla presente)** rilasciata in data …..………………….dal Dott. …………………………..………………………

* sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

### (MODULO A allegato alla presente)

La richiesta è riferita:

□ al periodo dal ………………..…… al ……………………….

* al corrente anno scolastico …….……... / .………...

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO**, **sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

**Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (come da MODULO A allegato alla presente )**, recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell’evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento. Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data …………………………. Firme dei genitori/tutore …………………………………………….

### Numeri di telefono utili: Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Medico Curante Genitori Altre Persone (indicare nome cognome telefono)

Pagina **1** di 2

MODULO A AL D.S PALATUCCI

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**per patologie croniche o in caso di emergenza**

*– allegare anche il Certificato Medico –*

## Compilazione a cura MEDICO CURANTE Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

* Nome commerciale del farmaco:
* ***Modalità di c***onservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno
* Modalità e tempi di somministrazione, posologia: (descrivere la procedura nei dettagli, indicando in sequenza le operazioni sa compiere)

**Eventuale descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco**:

**Istruzioni indirizzate al personale scolastico**, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

## BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA:

* **Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico**
* **Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola** (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)

# Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell’alunno

Data, ………………………….

Il Medico Curante

ML 401F richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico Pagina **2** di **2**