

MODULO A

**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
di 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

- sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite
- la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato come da allegata certificazione medica
- la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE
in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

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 (MODULO C), 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.

Numeri di telefono utili:

Firma Medico Curante
Firma Genitori/Tutore

Data

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito scolastico e orario scolastico.

Data

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

.....

MODULO C

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza
- allegato al Certificato Medico -**

ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

- Nome commerciale del farmaco:
-
- Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):
-
-
- Modalità e tempi di somministrazione, posologia:
-
-

- 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**

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:

.....
.....
.....
.....

Data,

Il Medico Curante

.....