

MODULO B

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per terapie farmacologiche brevi**

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 e l'impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

CHIEDE

- la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
- la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata
in data dal Dott.

La richiesta è riferita:

- al periodo dal al
- al corrente anno scolastico /.....

MODALITA' DI CUSTODIA DEL FARMACO

- custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)
- custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine:

AUTORIZZA

il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei
farmaco/i come indicato, **sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità
civili e penali derivanti da tale atto.**

Allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, recante la necessità e
indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orari e modalità.

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:

Medico Curante

Genitori

Data

Firma



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Scuola Media Statale Consortile "E. Galvaligi"
Via Per Carnago, 16 – 21048 Solbiate Arno (VA)
C.F. 80015980123 – Cod. Meccanografico VAIC84000Q
Tel. 0331.993301 Fax 0331.994077
e-mail: istcomprgalvaligi@libero.it

Prot. n. _____

Solbiate Arno, _____

Al Sig. _____

Oggetto: Autorizzazione somministrazione farmaci

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- VISTA la richiesta scritta di somministrazione di farmaci al figlio/a _____
_____ frequentante la classe ____ sez. ____ plesso _____;
- VERIFICATA la correttezza e la completezza della documentazione prodotta;
- VERIFICATA la disponibilità e la presenza di personale Addetto al Pronto Soccorso, e altro personale insegnante;
- VERIFICATA la possibilità di conservazione e/o somministrazione dei farmaci;
- CONSTATATA l'esistenza nell'istituto delle condizioni necessarie per la conservazione e la somministrazione dei farmaci

PROVEDE

affinchè tutti gli insegnanti dell'alunno con patologia siano messi correttamente a conoscenza della malattia, della assunzione o auto-assunzione di farmaci in orario scolastico, di che cosa ci si può attendere in una situazione di emergenza, di come intervenire e della loro condizione di *osservatori dell'alunno durante la sua permanenza a scuola*;

AUTORIZZA

la somministrazione della terapia farmacologica prescritta in ambito e orario scolastico come richiesto.

Data

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Mara Caenazzo