

Ministero dell’Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo “R. Franceschi”

Via Concordia, 2/4 – 20090 Trezzano s/n (MI)

Tel. 02/48402046 – fax 02/48490197

email: miic89000v@istruzione.it;

www.icfranceschi.edu.it

C.F.80104370152

# RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico

Scuola per l’infanzia |\_|

Scuola primaria |\_| Scuola secondaria I grado |\_|

Io sottoscritto/a

genitore/tutore dell'alunno

nato a il / / / C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| frequentante la classe della scuola

## CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data / / /

## siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

## mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Firma

Data

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data

* Medico Prescrittore: Dr. tel
* Genitori: Madre cell.: Padre cell.:

**NOTE**

* La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
* La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
* In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
* I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
* Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
* Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro che esercita la potestà

Il Dirigente Scolastico



PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA *- ex DGR 6919/2017* ( all 1 )

**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA CERTIFICAZIONE - PIANO TERAPEUTICO**

**REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L’ALUNNO/A**

(*Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)*

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell’alunno

 il a

C. F. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

1. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l’orario scolastico

Principio attivo Nome commerciale Forma farmaceutica

Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o auto-somministrazione) Dosaggio e orario Modalità di conservazione Durata (dal al oppure continuativa)

Descrizione dell’evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

1. Nome del farmaco
2. Dose e modalità di somministrazione
3. Evento che determina l’esigenza di somministrazione del farmaco