

**RICHIESTA  
AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di genitori – affidatari- tutori dello studente .....  
 - 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 o formativo, 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
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....**

**Si allega 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

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Numeri utili	
Telefono fisso.....	.....
Telefono cellulare.....	.....
Telefono Medico curante (Dott. ....)	.....)

**N.B.**  
 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 O FORMATIVO

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

ALLO STUDENTE/STUDENTESSA

Cognome.....Nome .....

Nato il..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita a .....in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da .....

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Modalità di somministrazione: .....

Orario: 1^ dose .....; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose.....;

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dello studente/studentessa ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di  
farmaco salvavita(barrare la scelta):

- Parziale autonomia       Totale autonomia

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dettagliata dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Note.....

Data, .....

Timbro e Firma del Medico curante

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO  
(in caso di studente/studentessa maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....  
nato a ..... il.....  
residente a .....in Via.....  
tel.....  
studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....  
scuola .....  
sita in Via ..... Cap .....  
Località ..... Prov.....

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....  
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003  
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)  
(barrare la scelta):

SI

NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data, .....