

Allegato A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità,
chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di
trattamento dei dati (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

Allegato B

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA/INDISPENSABILE

In data alle ore la/il sig.

genitore dell'alunno/a

frequentante la classe della scuola consegna
alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....

da somministrare al/alla bambino/a in caso di¹..... nella dose
..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla
presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il.....

Il genitore

Le insegnanti

.....

.....

¹ Indicare l'evento

**Al Dirigente Scolastico
Dell'ICS "Carducci – Gramsci"
di Bagheria**

Allegato C

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità,
chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia
farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica
rilasciata in data dal dott.

I sottoscritti dichiarano che il/la proprio/a figlio/a può auto-somministrarsi la terapia farmacologica,
sorvegliato dal personale della scuola.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza alla somministrazione viene svolta da personale non
sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia di
trattamento dei dati (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori Genitori

**Al Dirigente Scolastico
Dell'ICS "Carducci – Gramsci"
di Bagheria**

Allegato D

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

*****Eventuale Delega**

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra

A tal fine **si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.**

In fede.

Data,

Firma

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Allegato E (a cura del medico di famiglia/PLS)

Il minore (Cognome) (Nome)

nato il..... residente a

Necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

.....

.....

.....

durata della terapia

(*Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi*)

.....

.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....

Nel caso di auto – somministrazione, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, riportare la seguente dicitura : “ **il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola**”

Data,

timbro e firma del medico