



Ministero dell' Istruzione

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: mic89000v@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

Data Firma

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

Data Firma

- 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. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. 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

a) Nome del farmaco _____

b) Dose e modalità di somministrazione _____

c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

