

## **Allegato 1: "Richiesta di somministrazione farmaci "**

### **RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

#### **SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

**Al Dirigente Scolastico** .....

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_ genitore/i -tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della Scuola  
\_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ preso atto del protocollo esistente tra \_\_\_\_\_, in  
materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data \_\_\_\_\_ constatata l'assoluta  
necessità

#### **chiede/ono**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata  
autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non  
sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 ( i dati sensibili  
sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

**SI**                      **NO**

- Allega Prescrizione/certificazione redatta dal .....
- Consegna farmaco specifico .....
- Farmaco con scadenza .....

Data .....

**FIRMA** dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

#### **Numeri di telefono utili:**

**Pediatra di libera scelta/Medico Curante:** Tel. \_\_\_\_\_ Tel. cellulare .....

**Genitori:** Telefono fisso ..... Tel. cellulare ..... Tel. di .....

#### **Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso  
dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.

**Allegato 2: "Autorizzazione"**

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI**

Al Dirigente Scolastico .....

Il /i sottoscritto/i.....

genitore/i -tutore/i dell'alunno/a .....

frequentante la classe/sezione .....

della scuola .....

nell'anno scolastico.....

Telefono fisso ..... Tel. cellulare ..... Tel. di .....

Considerati gli interventi di informazione/formazione attuati da .....

In data.....,

Preso atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno redatto dalla scuola, consegnato alla famiglia in data.....

**Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Data .....

FIRMA .....

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.

**Allegato 3: “Richiesta auto-somministrazione”**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO  
PER MAGGIORENNI**

Io sottoscritto .....

frequentante la classe/sezione .....

della scuola secondaria .....

**COMUNICO**

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica , come da prescrizione medica allegata.

Farmaco .....

Dosi .....

Orari .....

Periodo di somministrazione .....

Modalità di conservazione.....

Data .....

\_\_\_\_\_  
firma del genitore/tutore  
o dello studente maggiorenne

\_\_\_\_\_  
firma del Dirigente scolastico

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.

**Allegato 4: “Prescrizione del Medico Curante ”**

**Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a**

Cognome ..... Nome .....  
Data di nascita ..... Residente a .....  
In via ..... Telefono .....  
Classe ..... della Scuola .....  
Sita a ..... In via .....

Dirigente Scolastico .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... dose .....

Orario: 1° dose ..... 2° dose ..... 3° dose .....

Durata terapia: dal ..... al .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Note .....

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra o Specialista