

## **Allegato 1: “RICHIESTA DEL GENITORE/TUTORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO”**

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

(da compilare a cura dei genitori/tutore 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 \_\_\_\_\_

vista la specifica patologia dell'alunno \_\_\_\_\_

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 medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal

· Consegna farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_

- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco – es. custodito nello zaino)

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/tutore: 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, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

## Allegato 2: "AUTORIZZAZIONE"

### AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE MINORENNI

Al Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_

In qualità di 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, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

### **Allegato 3: “RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE”**

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

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_  
della scuola secondaria \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_  
affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

#### **Comunico**

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

Nome del Farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario di somministrazione/dose \_\_\_\_\_

Periodo di somministrazione \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

#### **Autorizza/no**

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

\_\_\_\_\_

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

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, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La scuola, d'intesa con la famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

**Allegato 4: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA CONTINUATIVA ”**

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

Vista la richiesta dei genitori/tutore 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 (TERAPIA CONTINUATIVA)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_  
Sita a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_  
Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_  
affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_  
Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_  
Orario di somministrazione/dose: Prima dose \_\_\_\_\_ Seconda dose \_\_\_\_\_  
Terza dose \_\_\_\_\_  
Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
Note \_\_\_\_\_

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza (es. shock anafilattico)**:

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_  
Dose \_\_\_\_\_  
Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
Note \_\_\_\_\_

Eventuali note:

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

**Allegato 5: “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER EVENTI OCCASIONALI ”**

**Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in presenza di eventi occasionali acuti**

Vista la richiesta dei genitori/tutore e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

nel caso si verifichi il seguente **evento in urgenza/emergenza:**

\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia \_\_\_\_\_

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Dose: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_

Data .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra