Allegato 1

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

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** *(da parte di personale della scuola)* **in orario scolastico.**

Il/La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Di (Cognome) ………………………………………… (Nome) ……..…………………………………..

Nato i l……………………e frequentante nell’anno scolastico………/…………….

La Scuola:

dell’Infanzia Primaria Secondaria Classe…….. Sezione…………………

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/ifarmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:………………………………...

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come

indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all’Allegato 3

**Numeri di telefono utili: Medico Curante…………………………………………….**

Genitori………………………………………………………………………….

**In fede.**

Data,……………..

Firma………………………………………

Firma………………………………………

 Allegato 3

Il minore (Cognome)………………………………………… (Nome)…………………………….

Nato il …………………. Residente a ………………………….………………..

Necessita

**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*

*isintomi)*

………………………………………………..……………………………………………………..

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

………………………………………………………………………………………………..

Data,……………..

**timbro e firma del medico**

Allegato 4

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

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

Il/La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di(Cognome) …………………………………………(Nome)……..…………………………………..

nato il……………………e frequentante nell’anno scolastico………/…………….

La Scuola:

dell’Infanzia Primaria Secondaria Classe……………….. Sezione……………………

CHIEDE

L’autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/ifarmaco/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………………………………………………………………………….**