

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... della scuola.....  
 nell'annoscolastico....., affetto da.....  
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da  
 prescrizione medica allegata, rilasciata in data ..... dal Dott. ....

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra .....
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  - La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato .....,  
 Lotto ..... scadenza ..... e relativa prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

**Numeri di telefono utili:**

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. medico curante Dott. .... tel. ....

**NB:**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.  
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità 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 la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

*Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità*

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome .....

Nato il. .... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

sita a ..... in Via .....

Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

**Tipologia del farmaco:** (barrare la scelta):

**Salvavita**

**Indispensabile**

**Modalità di somministrazione:** .....

**Orario:** 1<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> dose.....;

**Durata della terapia:** .....

**Modalità di conservazione:** .....

**Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco** (barrare la scelta):

**Parziale autonomia**

**Totale autonomia**

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

.....

Dose: .....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione: .....

**Note**.....

.....

(Luogo e Data) ..... il .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

.....

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe..... istituzione scolastica .....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico e profilo professionale

.....  
 .....

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....  
 .....

**1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

.....  
 .....

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

.....

**2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO**

.....  
 .....

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

.....

**3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico

.....

**4. DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)..... Firma (madre).....

(Luogo e Data) ..... il .....

**VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

.....



