

Anno Scolastico 20...../20....

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo di
CASTELLALTO-CELLINO

OGGETTO: Richiesta somministrazione farmaci in orario e ambito scolastico.

Il /La sottoscritto/ain qualità di Genitore/ Tutore
dell'alunno CognomeNome
nato il..... e frequentante la classe della Scuola (dell'infanzia, primaria,
secondaria) nel plesso di

CHIEDE

- Di accedere personalmente, o tramite** da me incaricato (si allega fotocopia del documento di identità), alla sede scolastica per somministrare il farmaco al/la proprio/a figlio/a come da certificazione medica in allegato.
- Che sia somministrato** al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata. A tal fine:

AUTORIZZA

- Il personale scolastico della struttura ospitante il minore alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella certificazione medica in allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie, pertanto lo **solleva** da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i, come indicato nella certificazione medica in allegato, sotto la supervisione del personale scolastico, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie, pertanto lo **solleva** da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Si allegano istruzioni operative

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

Castellalto lì, _____

(firma del genitore)

Visto: Si autorizza
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Dott.ssa Simona Piantieri)



ISTITUTO COMPRENSIVO "MARGHERITA HACK" CASTELLALTO - CELLINO

SCUOLA DELL'INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI I° GRADO

Via del Municipio, n.°1 64020 Castellalto Presidenza 0861/296790 Uffici 0861/296713 fax 0861/320114

C.F. 80003190677 Sito web www.iccastellalto.gov.it e-mail teic82400b@istruzione.it

DISPONIBILITA' DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta della famiglia alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

Visto il protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di condizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

Si fornisce formale

Disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e Nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità

Il Dirigente Scolastico in data autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Data, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il minore (Cognome) (Nome)
nato il.....residente a

Necessita

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....
.....
.....

durata della terapia

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....
.....
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

.....
.....
.....

Data,

timbro e firma del medico