

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)**

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia   
 Scuola primaria   
 Scuola secondaria I e II grado

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / C. Fiscale | |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

**sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Firma

Data \_\_\_\_\_

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data \_\_\_\_\_

☒ Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

☒ Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_

Note – vedi retro

## NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà



PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017* (all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA  
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO REDATTA  
DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A**

*(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)*

1. Nome e cognome del medico operante nel Servizio Sanitario Nazionale

\_\_\_\_\_

2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)

\_\_\_\_\_

3. Nome, Cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno

\_\_\_\_\_

4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico

• Principio attivo \_\_\_\_\_

• Nome commerciale \_\_\_\_\_

• Forma farmaceutica \_\_\_\_\_

• Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)

\_\_\_\_\_

• Dosaggio e orario \_\_\_\_\_

• Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

• Durata (dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ oppure continuativa)

• Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

\_\_\_\_\_

In caso di somministrazione di ADRENALINA per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco \_\_\_\_\_
- b) Dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_