



Istituto Comprensivo "G.RODARI"

VIA ALBA N.10 – 10032 BRANDIZZO – TEL 0119139049 – C.F. 82504010016
e-mail: TOIC85300X@ISTRUZIONE.IT – PEC: TOIC85300X@PEC.ISTRUZIONE.IT
<https://www.icbrandizzo.edu.it>

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE A MINORENNI

Il /La sottoscritto/a _____ in qualità di

- Genitore
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dell'alunno _____ nato il _____ e frequentante
nell'anno scolastico _____ / _____

la Scuola dell'infanzia primaria secondaria di primo grado
classe/sezione _____

CHIEDE

- la possibilità che il minore sopra indicato si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata;
 l'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata;
 che sia somministrata al minore sopra indicato la terapia farmacologica, coerentemente alla certificazione medica allegata,
per la seguente patologia: _____

Contestualmente

AUTORIZZA

- Il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del/i farmaco/i **sollevando** lo stesso da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

NUMERI DI TELEFONO UTILI:

MADRE _____

PADRE _____

MEDICO CURANTE _____

Data

Firma di entrambi i genitori

Si allega documentazione a cura del medico curante. (ALL. 1)



Istituto Comprensivo "G.RODARI"

VIA ALBA N.10 – 10032 BRANDIZZO – TEL 0119139049 – C.F. 82504010016
e-mail: TOIC85300X@ISTRUZIONE.IT – PEC: TOIC85300X@PEC.ISTRUZIONE.IT
<https://www.icbrandizzo.edu.it>

ALLEGATO 1

A CURA DEL MEDICO CURANTE

Il minore _____ nato il _____ residente a _____
via _____

necessita della somministrazione di terapia farmacologica 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 farmaco/i sono le seguenti:

NOME COMMERCIALE DEL/I FARMACO/I

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE (ORARI, DOSE, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, CONSERVAZIONE)

DURATA DELLA TERAPIA

NEL CASO DI INDICAZIONE A SOMMINISTRAZIONE IL FARMACO IN PRESENZA DI UNA PARTICOLARE SINTOMATOLOGIA, INDICARE I SINTOMI

PROBLEMATICHE DERIVANTI DA UN'EVENTUALE NON CORRETTA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO, E/O EVENTUALI EFFETTI INDESIDERATI DELLO STESSO

NOME COMMERCIALE DEL/I FARMACO/I

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE (ORARI, DOSE, VIA DI SOMMINISTRAZIONE, CONSERVAZIONE)

DURATA DELLA TERAPIA

NEL CASO DI INDICAZIONE A SOMMINISTRAZIONE IL FARMACO IN PRESENZA DI UNA PARTICOLARE SINTOMATOLOGIA, INDICARE I SINTOMI

PROBLEMATICHE DERIVANTI DA UN'EVENTUALE NON CORRETTA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO, E/O EVENTUALI EFFETTI INDESIDERATI DELLO STESSO

Data

Firma di entrambi i genitori