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

_____

_____