

MODULO A

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
"A.De Blasio" di Guardia Sanframondi

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di            Genitore            Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore Cognome \_\_\_\_\_ e Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ e frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

La classe .....sez.....della scuola.....

Di .....

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ (come da allegato 1 – dichiarazione pediatra di base) e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

(BARRARE LE voci CHE INTERESSANO)

Sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

La SOMMINISTRAZIONE da parte del docente al minore sopra indicato

La SOMMINISTRAZIONE da parte del GENITORE O DELEGATO

La possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE del minore \*\*

In ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data.....dal Dott

.....

Sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

al periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

al corrente anno scolastico \_\_\_\_\_

\* \*\*Questa possibilità può essere richiesta per gli alunni dalla classe III Scuola Primaria

FIRMA

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per terapie farmacologiche brevi**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

In qualità di  O Genitore  O Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

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

Nato/a il \_\_\_\_\_ e frequentante nell'anno scolastico \_\_\_\_/\_\_\_\_

La classe.....sez. .... della scuola \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

E constatata l'assoluta necessità e l'impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

**CHIEDE**

O LA SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

In ambito ed orario scolastico , del/i farmaco/i , come da allegata certificazione medica rilasciata in data  
.....dal Dott. \_\_\_\_\_

La richiesta è riferita :

O al periodo dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI CUSTODIA DEL FARMACO**

O Custodito dal personale scolastico ( luogo e modalità da concordare )

O Custodito dallo/a stesso/a alunno/a

O autorizzazione per la somministrazione da parte del genitore o delegato

A tal fine :

**AUTORIZZA**

Il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei farmaco/i come indicato , sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orari e modalità.

**FIRMA**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/ per terapie farmacologiche brevi -allegato al Certificato Medico

**Compilazione a cura MEDICO**

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

Nome del farmaco:.....

\_\_\_\_\_

..Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (indicare se è conservato personalmente dallo stesso alunno) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

..Modalità e tempi di somministrazione, posologia :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico

O Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola ( genitori , personale medico o operatori specificatamente formati )

O Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

\_\_\_\_\_

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace :

\_\_\_\_\_

Data .....

IL MEDICO