

Al Dirigente Scolastico

Dell'IC _____

MOD.1

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti _____ genitori
dell'alunno _____ frequentante la classe _____ sez. _____
della scuola _____ plesso _____ essendo il minore affetto
da _____ e constatata l'assoluta necessità,
chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione
medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____. Si precisa che
la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si
autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti

provvederanno personalmente alla somministrazione del farmaco e pertanto consegnano/non
consegnare il farmaco e CHIEDONO al Dirigente Scolastico l'autorizzazione ad entrare nella
scuola a tal fine.

sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico
(insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto CHIEDONO che il Dirigente scolastico
individuï tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione AUTORIZZANDO e
SOLLEVANDO tali incaricati da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e
da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

dichiarano la possibilità di prevedere l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'allievo
per età, esperienza, addestramento. In tal caso, consegnano / non consegnano il farmaco

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a
questo tipo di intervento: _____

Firma dei Genitori

Mod.2

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno
nome e cognome _____ data e luogo di
nascita _____ classe _____ sez _____ DICHIARA CHE
L'ALUNNO _____ E' AFFETTO DA (patologia presentata dall'alunno
per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi

1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del
farmaco

2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

nome commerciale farmaco _____

modalità di conservazione _____

modalità e tempi di somministrazione _____

Posologia _____

_____, _____

In Fede (timbro e firma)
