

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO\***

**Considerata l'assoluta necessità**

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE** dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

.....  
.....  
.....  
.....

Modalità di conservazione dei farmaci .....

.....  
.....

Eventuali norme di primo soccorso

.....  
.....  
.....

Periodo di validità della prescrizione:

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

Si allega specifica nota informativa.

\_\_\_\_\_   
\* incluse le comunità educative semiresidenziali per minori.

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**  
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa/Responsabile comunità semiresidenziale)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa  
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità

Sede \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome ) \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola/servizio educativo/comunità semiresidenziale

**CHIEDO**

- di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a
- che il/la sig/ra \_\_\_\_\_ da me formalmente delegato possa accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

**oppure :**

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

**CHIEDO**

- la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico
- l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

- la somministrazione del **farmaco salvavita**

come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_

➤ Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

- autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco
- incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo.

=====  
Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia \_\_\_\_\_ Medico \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

**Oggetto:** autorizzazione piano di azione per somministrazione per **farmaco salvavita**

all'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. \_\_\_\_\_

per il/la figlio/a \_\_\_\_\_

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Per presa visione e conferma della disponibilità	
Personale docente	Personale ATA

Savignano sul Panaro, il \_\_\_\_\_