

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO¹**

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.

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

¹ incluse le comunità educative semiresidenziali per minori.

(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 l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico in ambito ed orario scolastico da parte del personale 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 incarica la scuola di custodire il farmaco personalmente 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.

La dichiarazione è rilasciata ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato DPR in caso di dichiarazioni mendaci. Lo scrivente dichiara che l'altro genitore è a conoscenza e condivide le scelte effettuate.

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 _____

MG10 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO
SALVAVITA

A tutto il Personale

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

Luogo in cui viene conservato il farmaco:

Savignano sul Panaro, il _____

Il Dirigente Scolastico
Marta Esposito

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3 c. 2 del D.Lgs. n. 39/1993 e 47 del D.Lgs.82/2005