

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di Chiuduno

**OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

ALLEGATO A: RICHIESTA DEI GENITORI ( o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente se minorenni)

I sottoscritti ..... e .....

Genitori dell'alunno/a .....

della classe ..... Scuola .....

Residente a ..... Prov ..... In via .....

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr. ....e presentati in allegato alla presente richiesta.

Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiarano:

- Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie.
- Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità delle date di scadenza.
- **Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.**

Autorizzano:

- Se necessario, l'auto-somministrazione (l'alunno che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

Chiedono:

- La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario...)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità, i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome ..... Tel .....

Nome ..... Tel .....

**La presente autodichiarazione è valida fino alla fine della**

- Scuola primaria**  
 **Scuola secondaria di primo grado**

A disposizione per le necessità, si ringrazia e si porgono cordiali saluti.

Chiuduno, lì .....

Firma

Firma

.....

.....

*N.B. Qualora l'informativa venga firmata da un solo genitore, visti gli artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice civile, si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori e colui che firma se ne assume la responsabilità.*

**n.b.**

**ALLEGARE: PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per la autosomministrazione del farmaco in orario scolastico.**

Sulla prescrizione devono essere riportati:

- nome del farmaco, sua formulazione, dose e modalità di somministrazione;
- condizioni in cui si rende necessaria l'assunzione del farmaco;
- posologia e modalità di assunzione;
- fattibilità della somministrazione da parte dell'alunno/a;
- modalità di conservazione del farmaco;
- altre raccomandazioni ritenute necessarie dal medico

**ALLEGARE: PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per la somministrazione del farmaco in orario scolastico.**

Sulla prescrizione devono essere riportati:

- nome del farmaco, sua formulazione, dose e modalità di somministrazione;
- assoluta necessità e indifferibilità della somministrazione in orario scolastico;
- non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione all'orario né alla posologia né alle modalità di somministrazione;
- fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- modalità di conservazione del farmaco;
- altre raccomandazioni ritenute necessarie dal medico.