

**Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di  
Casteggio**

**Oggetto: Richiesta di somministrazione di farmaci o autosomministrazione in orario scolastico**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola

- dell'infanzia  
 primaria  
 secondaria di I° grado

di \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_  
e constatata l'assoluta necessità,

chiedono

la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

- Si autorizza fin d'ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale non sanitario, sollevando la scuola da ogni responsabilità per TUTTE le conseguenze sul minore derivanti dalla somministrazione.
- Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

- Si autorizza il proprio figlio all' auto-somministrazione, sollevando la scuola da ogni responsabilità per TUTTE le conseguenze sul minore derivanti dalla somministrazione.
- Si chiede l'autorizzazione all'ingresso del genitore sig. \_\_\_\_\_ affinché possa somministrare al figlio/a il farmaco di cui necessita

Si allega prescrizione  del Medico di Medicina Generale  del Pediatra di libera scelta

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- Vista la richiesta dei genitori;
- constatata l'assoluta necessità;
- accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità;

**SI PRESCRIVE****LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Telefono/cell. \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

**Affetto dalla seguente patologia** \_\_\_\_\_**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dose \_\_\_\_\_

Orario: 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^ dose \_\_\_\_\_ 3^dose \_\_\_\_\_ 4^ dose \_\_\_\_\_

Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

note \_\_\_\_\_

(solo nel caso di richiesta di auto-somministrazione di farmaco da assumere per ingestione)

Il/La sottoscritto/a esprime parere favorevole all'auto-somministrazione del farmaco per ingestione da parte dell'alunno.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra