

**NUOVA RICHIESTA**

**PROSECUZIONE**

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... della scuola.....  
 nell'anno scolastico....., affetto da.....  
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da  
 prescrizione medica allegata, rilasciata in data ..... dal Dott. ....

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra .....
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
  - La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato .....,  
 Lotto ..... scadenza ..... e relativa prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

**Numeri di telefono utili:**

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. medico curante Dott. .... tel. ....

**NB:**  
 La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.  
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.  
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

***Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità***

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome .....

Nato il. .... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

sita a ..... in Via .....

Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

**Tipologia del farmaco:** (barrare la scelta):

**Salvavita**

**Indispensabile**

**Modalità di somministrazione:**.....

**Orario:** 1<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> dose..... ;

**Durata della terapia:** .....

**Modalità di conservazione:** .....

**Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco** (barrare la scelta):

**Parziale autonomia**

**Totale autonomia**

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

.....

Dose: .....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione: .....

**Note**.....

.....

(Luogo e Data) ..... il .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

.....