# AL DIRIGENTE SCOLASTICO

# dell’ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

# “BALZICO - GIOVANNI XXIII”

# CAVA DE’ TIRRENI (SA)

# **Richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico**

( Da compilare a cura dei/I genitori/e dell'alunno ,indirizzata al Dirigente Scolastico)

·, ..

# La/Il sottoscritti/o ............................................................... *:* .·............................. .

genitori/e dell'alunno/a ............ ........................................................................ .

*nato/a* a ...... ............ ...... ...........................................il.................................... .

# residente in.......................................... via ..................................................... .

frequentante la classe............... della Scuola ............ ···········'············................. . Essendo il minore affetto da ............................................................................. .

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..................... dal Dr.................................................................................... .

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, sollevandolo da qualsiasi responsabilità.

Acconsento 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 dell' alunno/a )

SI NO

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dei/I genitori/e o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# AL DIRIGENTE SCOLASTICO

# dell’ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

# “BALZICO - GIOVANNI XXIII”

# CAVA DE’ TIRRENI (SA)

Il /La sottoscritto/a ..................................................................................... ................................................... .

in qualità di o Genitore o Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ................................... .................... Nome............................................................................ .

nato/a il............................ e frequentante nell'anno scolastico ............../.................... la classe ............. sez. ............ della scuola ....................................................................... di ............................................................................................................................................... essendo il minore affetto da ................................... ...........................................................

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

o sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

o la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

o la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data ................. dal Dott. ................................................

o sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

o al periodo dal ..................... al .........................

al corrente anno scolastico ........... / .............. .

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte dì personale non sanitario, di cui A UTORIZZA FIN D'ORA L' NTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C), recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione

dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento. Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili: Medico Curante .................. ..................... ...... ...... .

Genitori ......... ...... ......... .................. .................. ... .

Data ....................... Firma ...........................................