



**Unione
Europea**
NextGenerationEU



*Ministero
dell'Istruzione
e del Merito*



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E
RESILIENZA



ISTITUTO COMPRENSIVO DI PORLEZZA
Via Osteno, 7 - 22018 Porlezza(CO)
Cod. Mecc. COIC815009 - C. F. 84002830135
Tel. 0344 61198
Sito: www.comprensivoporlezza.edu.it
coic815009@istruzione.it coic815009@pec.istruzione.it



Richiesta di autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci salvavita o per terapie in orario scolastico

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"G. della Porta" di Porlezza (Co)**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

- Genitore * Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell' ALUNNO/A _____ nato/a _____ il _____ frequentante la scuola <input type="checkbox"/> dell'Infanzia - <input type="checkbox"/> Primaria - <input type="checkbox"/> Secondaria di I grado di _____ classe ____ sez. ____ anno scolastico 20__20 ____ RECAPITO TEL EMERGENZA: _____
--

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

- Il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- Il minore stesso alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Si allega:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Numeri di telefono utili: Medico Curante _____

Porlezza, _____

FIRMA* _____

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.



Allegato 2: attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

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

Il minore _____ nato il ____ / ____ / _____

frequentante codesto Istituto scolastico nella scuola Infanzia Primaria Secondaria di I grado,

plesso di _____, classe _____, è affetto da:

Pertanto necessita la somministrazione di farmaci in ambito scolastico secondo le seguenti indicazioni:

Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo	
Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)	
Modalità di conservazione del farmaco	
Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)	

È prevista l'auto-somministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno SI NO

Porlezza, _____

Timbro e firma del medico

Allegato 3: verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

In data ____ / ____ / _____ alle ore ____ la/il sig. genitore/tutore dell'alunno/a (VEDI ALLEGATO 2) consegna nelle mani di _____ una confezione nuova ed integra del farmaco _____ da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore/tutore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;

- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato;
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

I genitori * _____ _____	Il personale scolastico _____ _____
IL DIRIGENTE SCOLASTICO _____	

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

Allegato 4: designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata al Dirigente Scolastico,

dal/i Sig. _____

per il/la figlio/a _____

plesso _____ classe/sez. _____ plesso _____

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa il seguente personale scolastico a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2:

<u>Personale designato</u>	<u>Profilo</u>	<u>Firma per accettazione</u>

Porlezza, _____

Il Dirigente Scolastico
