

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI PORLEZZA**

VIA OSTENO, 7

22018 PORLEZZA (CO)

Codice Fiscale: 84002830135 Codice Meccanografico: COIC815009

☎034461198 codice univoco: UF3C3W

Sito: [www.comprensivoporlezza.edu.it](http://www.comprensivoporlezza.edu.it)E-mail: [coic815009@istruzione.it](mailto:coic815009@istruzione.it) - [coic815009@pec.istruzione.it](mailto: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  dell'Infanzia -  Primaria -  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\* \_\_\_\_\_

**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI PORLEZZA**VIA OSTENO, 7  
22018 PORLEZZA (CO)Codice Fiscale: 84002830135 Codice Meccanografico: COIC815009  
☎034461198 codice univoco: UF3C3WSito: [www.comprensivoporlezza.edu.it](http://www.comprensivoporlezza.edu.it)E-mail: [coic815009@istruzione.it](mailto:coic815009@istruzione.it) - [coic815009@pec.istruzione.it](mailto:coic815009@pec.istruzione.it)**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:

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

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

Porlezza, \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI PORLEZZA**

VIA OSTENO, 7  
22018 PORLEZZA (CO)

Codice Fiscale: 84002830135 Codice Meccanografico: COIC815009  
☎034461198 codice univoco: UF3C3W

Sito: [www.comprendivoporlezza.edu.it](http://www.comprendivoporlezza.edu.it)

E-mail: [coic815009@istruzione.it](mailto:coic815009@istruzione.it) - [coic815009@pec.istruzione.it](mailto:coic815009@pec.istruzione.it)

**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  _____  _____
<b>IL DIRIGENTE SCOLASTICO</b>	

\* 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:

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

**Porlezza,** \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_