

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte di personale della scuola) in orario scolastico.

I sottoscritti e.....
in qualità di

Genitori

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome)(Nome)nato

il.....e frequentante nell'anno scolastico/..... la Scuola :

dell'Infanzia Primaria Secondaria

Classe Sezione.....

CHIEDONO

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:.....

A tal fine:

AUTORIZZANO

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come

indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'Allegato 3

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

In fede.

Data,

Firma

Oggetto: Autorizzazione del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Vista la richiesta della famiglia (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

Visto il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

Si autorizzano

alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata i seguenti operatori scolastici:

Cognome e nome	Indicare se docente o ATA	Firma

..... /

Il Dirigente Scolastico
 Prof.ssa Giuseppina Maria Licciardello

Il minore (Cognome) (Nome).....nato
il.....residente a

Necessita

della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i o Principio attivo:

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

.....
.....
.....

durata della terapia

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....
.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....

Data,

timbro e firma del medico

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) **in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/ain qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome)(Nome) nato
il.....e frequentante nell'anno scolastico/..... la Scuola :

dell'Infanzia Primaria Secondaria

Classe Sezione.....

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

*****Eventuale Delega**

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra A tal fine **si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.**

In fede.

Data,

Firma

Numeri di telefono utili: Medico Curante
Genitori