Allegato 1

 Al Dirigente Scolastico

 dell’I.C. “Pitagora” - Misterbianco

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

I sottoscritti …………………………………………………………… e…………………………………………………….

in qualità di

* Genitori (padre e madre)
* 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 ……………………………………….

Allegato 2

**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

Allegato 3

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**

Allegato 4

 Al Dirigente Scolastico

 dell’I.C. “Pitagora” – Misterbianco

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

Il /La sottoscritto/a ……………………………………………………………in 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 ………………………………………………………………………….**