



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO**

Considerata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

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

Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

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

Modalità di conservazione dei farmaci

Eventuali norme di primo soccorso
.....
.....
.....
.....

Periodo di validità della prescrizione:

(data)

(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____

Si allega specifica nota informativa.

ALLEGATO 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente
Scolastico/Responsabile struttura educativa/Responsabile comunità semiresidenziale)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità

Sede _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome _____
genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) _____
nato/a a _____ il _____ frequentante la
classe _____ della scuola/servizio educativo/comunità semiresidenziale _____

CHIEDO

- ⊕ di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a
- ⊕ che il sig/ra _____ da me formalmente delegato possa accedere
alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a

oppure

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è
obbligato alla somministrazione dei farmaci agli alunni/minori,

** consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale*

CHIEDO

- ⊕ la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico
 - ⊕ l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico
- come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

⇒ Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio
nell'auto-somministrazione del farmaco e

- ⊕ autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco
- ⊕ incarica la scuola di custodire il farmaco

Concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla
presenza di un operatore scolastico/educativo.

=====
Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M. 305/06.
Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione
medica. Il Farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.
Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione
aggiornata.

(data)

(firma del genitore*)

**consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale*

Numeri di telefono utili famiglia _____