

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo Subiaco

Il / la sottoscritto/a _____ genitore tutore
dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____
frequentante la scuola: Infanzia di _____ sezione _____
 Primaria di _____ classe _____
 Secondaria 1° grado di _____ classe _____

preso atto della normativa relativa alla somministrazione di farmaci a scuola, constatata l'assoluta necessità dell'assunzione del farmaco prescritto, come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____ e, nell'impossibilità di somministrare personalmente il farmaco per i seguenti motivi:

Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario,

CHIEDE

la somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata.

A U T O R I Z Z A

il personale scolastico, identificato dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia.

(oppure) **CHIEDE**

che il/la proprio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologia.

Allega: prescrizione del medico curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale)

(Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03.

(i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

data _____ Firma _____

TELEFONO FISSO	
TELEFONO CELLULARE	
TELEFONO DI	
TELEFONO DEL DOTTOR	

Il Dirigente Scolastico

VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI

AUTORIZZA LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
 (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome _____ nome _____

Data di nascita _____ residente a _____

in via _____ telefono _____

frequentante la scuola: Infanzia di _____ sezione _____

Primaria di _____ classe _____

Secondaria 1° grado di _____ classe _____

sita a _____ in via _____

del seguente farmaco **indispensabile** / **salvavita**

nome commerciale del farmaco _____

modalità di somministrazione _____

dose _____

orario: 1^ dose _____ 2^ dose _____ 3^ dose _____ 4^ dose _____

durata della terapia: dal _____ al _____

modalità di conservazione del farmaco _____

note (possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli) _____

data _____

timbro e firma
del medico di medicina generale o pediatra



Ministero Dell'istruzione, Dell'università e Della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
 ISTITUTO COMPRENSIVO DI SUBIACO
 Via Carlo Alberto Dalla Chiesa, 00028 Subiaco (RM)
 Tel.fax 077484377 - 0774816300
 Codice Meccanografico: RMIC8DZ00R
 Mail: rmic8dz00r@istruzione.it

**VERIFICA DISPONIBILITÀ PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
 INDISPENSABILI O SALVAVITA**

A tutto il personale
 dell'Istituto Comprensivo
 di Subiaco

In considerazione del fatto che nell'Istituto sono presenti alcuni allievi affetti da patologie necessitanti, in tempi rapidi, della somministrazione di farmaci **indispensabili o salvavita**, si chiede a tutto il personale la disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione".

Il personale disponibile, fermo restando che per gli addetti al primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

Il personale disponibile alla somministrazione	
Nome e cognome	firma

data _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



Ministero Dell'istruzione, Dell'università e Della Ricerca
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SUBIACO
Via Carlo Alberto Dalla Chiesa, 00028 Subiaco (RM)
Tel.fax 077484377 - 0774816300
Codice Meccanografico: RMIC8DZ00R
Mail: rmic8dz00r@istruzione.it

AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO

INDISPENSABILE / SALVAVITA

All'alunno/a nato a il
frequentante la scuola: Infanzia di sezione
Primaria di classe
Secondaria 1° grado di classe

A seguito della richiesta inoltrata presso la direzione dell'Istituto, dal sig.
per il figlio/a relativa alla somministrazione del
farmaco indispensabile / salvavita, il Dirigente scolastico autorizza a
somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova e integra del seguente
medicinale da somministrare al bambino
ogni giorno alle ore oppure in caso di

nella dose come da certificazione medica consegnata in segreteria

- il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il
medicinale sarà terminato
il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che
effettuerà la somministrazione
il medicinale sarà somministrato all'alunno da: 1
2 3
4 5

Per presa visione e conferma della disponibilità - firma del personale incaricato

ATA docente ATA docente
ATA docente ATA docente
ATA docente ATA docente

data

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

