**Al Dirigente Scolastico**

**dell’I.I.S.S. "Francesco Ferrara"**

Oggetto: **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO** per patologie croniche o in caso di emergenza

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di □ Genitore □ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell’alunno Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e frequentante nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_sez. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e constatata l’assoluta necessità somministrazione del farmaco sotto indicato

**CHIEDE**

che sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite (barrare con una X la voce interessata):

□ la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato, da parte del personale scolastico, negli orari stabiliti e/o all’occorrenza del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

□ al periodo dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ all'intero anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante, recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di

emergenza, con indicazione di posologia, orari, modalità e con descrizione dell’evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Lo/la scrivente si impegna, inoltre, a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Numeri di telefono utili: Medico Curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e p.c. Ai Collaboratori scolastici

**Oggetto: Autorizzazione somministrazione farmaci alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**LA DIRIGENTE SCOLASTICA**

VISTA la richiesta scritta di somministrazione di farmaci dei genitori dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_\_\_\_;

VERIFICATA la correttezza e la completezza della documentazione prodotta;

VERIFICATA la disponibilità e la presenza di personale Addetto al Primo Soccorso e altro personale scolastico;

VERIFICATA la possibilità di conservazione e/o somministrazione dei farmaci;

PROVVEDE affinché tutti gli insegnanti dell’alunno con patologia siano messi correttamente a conoscenza della malattia, della assunzione o auto-assunzione di farmaci in orario scolastico;

**AUTORIZZA**

il personale sopraindicato alla somministrazione della terapia farmacologica prescritta in ambito e orario scolastico come richiesto e nelle esatte modalità indicate dal medico curante.

La Dirigente scolastica

*prof.ssa Patrizia Abate*

Per accettazione:

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_