

Oggetto: richiesta autorizzazione autosomministrazione farmaco

Il/La sottoscritto/a _____
Madre/padre dell'alunno/a _____
Frequentante la classe/sezione _____ della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di primo grado di _____

CHIEDE

Di autorizzare il proprio figlio/la propria figlia ad autosomministrarsi e quindi ad assumere il seguente medicinale come riportato di seguito (specificare tipo di farmaco, quantità e modalità di somministrazione)

Si allega il certificato del medico curante.

Si sollevano gli insegnanti da eventuali responsabilità derivanti dall'assunzione per autosomministrazione del farmaco alle condizioni su riportate.

Si ringrazia per la comprensione e la collaborazione.

Corio _____

_____ Firma



TOIC82700B
ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO
Via Ponte Picca, 2 - 10070 CORIO (TO)
Tel. 011/9290426 fax 011/9290749

Prot.n° _____ FP

Corio, _____

Ai genitori di _____

Ai docenti della classe/sezione _____
Della scuola _____ di _____

Oggetto: autorizzazione autosomministrazione farmaco

Vista la richiesta presentata il _____;
Valutate le opportunità del caso

SI AUTORIZZA

L'alunno/l'alunna ad autosomministrarsi /assumere in orario scolastico il farmaco/ i farmaci indicato/i nella richiesta secondo la prescrizione del medico curante e/o la richiesta dei genitori, essendone gli insegnanti a piena conoscenza tramite la presente.

Si sollevano gli insegnanti da eventuali responsabilità derivanti dall'autosomministrazione /assunzione del/dei farmaco/i alle condizioni riportate nella richiesta.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
dott.^{ssa} Cosma ENEA

- Atti F.P.
- Registro Ins.ti
- Ai genitori



TOIC82700B

ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO

Via Ponte Picca, 2 - 10070 CORIO (TO)

Tel. 011/9290426 fax 011/9290749 E-MAIL toic82700b@istruzione.it

Codice Fiscale 92028290010 - Cod. mecc. Ex D.P.T. TORINO P29

Allegato 1

Richiesta al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i
genitore/i affidatario/i-tutore/i dell'alunno/a.....
frequentante la classe.....
della scuola.....
nell'anno scolastico.....
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....

Vista la specifica patologia dell'alunno:.....
.....

Richiede/ono

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico
- L'intervento specifico.....
.....
- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

barrare la /le voce/ci che interessa/no

Allega:

- certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data

Firma del/i genitore/i/tutore

Allegato 2

RICHIESTA/DELEGA

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Corio

I sottoscritti (padre).....e (madre).....
in qualità di genitori/Tutori del minore.....
iscritto per l'anno scolastico.....presso la scuola
classe/sezione.....

chiedono a codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome

qualifica

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento, per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato

I sottoscritti con la presente, **delegano formalmente** il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

In fede /firma padre)..... (firma madre).....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto genitore dell'alunno.....

Dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore /tutore assente.....

Firma.....

Luogo..... data.....

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre).....

- Genitore (madre).....

- Altri numeri utili.....

**INDICAZIONI
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI
INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il minore

Cognome.....
Nome
Nato il
Residente a.....
In via.....
Affetto dalla seguente patologia.....

Presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologia:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:
.....
Modalità di somministrazione.....
Orario di somministrazione del/i farmaco/i.....
Modalità di conservazione del/i farmaco/i
e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:
.....

Modalità di somministrazione
Dose.....
Modalità di conservazione del/i farmaco/i.....
e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico

.....
Modalità di esecuzione:.....
Orario di esecuzione dell'intervento/i.....

Eventuali note:
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico