

Prot. N. \_\_\_\_\_ del / / 20 \_\_\_\_

## PRESCRIZIONE MEDICA

### PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO

(ALLEGARE ALLA RICHIESTA DEI GENITORI)

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO .....

LUOGO E DATA DI NASCITA .....

SCUOLA..... CLASSE .....

---



4) DOSE: .....

5) ORARIO: 1° DOSE ..... 2° DOSE ..... 3° DOSE ..... 4° DOSE .....

6) DURATA DELLA TERAPIA: DAL ..... AL .....

7) MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO: .....

8) DURATA DEL FARMACO: .....

9) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO: .....

10) EVENTUALI NOTE DI PRIMO SOCCORSO : .....

Data .....

IL MEDICO (timbro e firma)

\_\_\_\_\_

Visto  
Il Dirigente Scolastico

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE  
DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

SOMMINISTRAZIONE a minorenni

Anno scolastico .....

Io sottoscritto .....

Genitore/tutore dell'alunno .....

Frequentante la classe/sezione ..... della scuola .....

**Chiedo**

L'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici per la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica\* in ambito scolastico con frequenza giornaliera/altro (specificare) ....., alle ore....., come da prescrizione medica emessa dal Dott..... in data..... (ALLEGATO N.4.1) da parte di un genitore o delegato (in caso di delegato allegare la delega). Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica\* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott..... in data..... (ALLEGATO N.1). **Autorizzo**, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica\* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott..... in data..... (ALLEGATO N.1). Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

**\*Nome commerciale del farmaco** Dosi, Orari, Periodo di somministrazione e Modalità di conservazione come da prescrizione medica all'ALLEGATO N.4.1.

**NUMERI DI TELEFONO UTILI: FAMIGLIA:**..... **MEDICO:** .....

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)      **SI**      **NO**

Data .....

Il genitore/tutore

Visto  
Il Dirigente Scolastico

**Note**

- **La richiesta/autorizzazione deve essere consegnata al Dirigente Scolastico.**
- Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.
- **Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.**
- I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.
- Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola

**Al Dirigente Scolastico**

dell'Istituto \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: RICHIESTA ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno

\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola

\_\_\_\_\_, chiede di entrare nei locali scolastici per prestare

le cure necessarie al proprio figlio e/o somministrare il farmaco con frequenza giornaliera / altro (specificare)

\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ circa.

Altresì autorizza il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_