



Istituto Comprensivo Statale

"GIOVANNI VERGA"

Infanzia - Primaria - Secondaria ad Indirizzo Musicale

Via Pacini, 62 - 95029 - Viagrande (CT)



Tel. 0957894373 - Fax: 0957901476

C.F.81003650876

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "Giovanni Verga" di Viagrande

OGGETTO: RICHIESTA PER INTERVENTO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti

_____ e _____

in qualità di genitori/ affidatari/ tutori dell'alunno/a _____
frequentante la sez./classe _____ scuola infanzia/primaria/secondaria di I grado di questo Istituto
Comprensivo nell'anno scolastico _____ essendo il minore affetto da
_____ e constatata l'assoluta necessità,
chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata
certificazione/prescrizione medica rilasciata in data _____ dal Dott.
_____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza l'intervento. I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (insegnanti e/o personale ATA) pertanto

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra
.....(allegare documento)
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
 - La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)



Istituto Comprensivo Statale

"GIOVANNI VERGA"

Infanzia - Primaria - Secondaria ad Indirizzo Musicale

Via Pacini, 62 - 95029 - Viagrande (CT)



Tel. 0957894373 - Fax: 0957901476

C.F.81003650876

Indicano i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo d'intervento.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

DELEGA DEI GENITORI IN CASO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente delegano formalmente il personale scolastico individuati per la somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico sollevandoli da ogni responsabilità.

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

.....

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.



Istituto Comprensivo Statale

"GIOVANNI VERGA"

Infanzia - Primaria - Secondaria ad Indirizzo Musicale

Via Pacini, 62 - 95029 - Viagrande (CT)

Tel. 0957894373 - Fax: 0957901476

C.F.81003650876



Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "Giovanni Verga" di Viagrande

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO
SCOLASTICO

Il sottoscritto Dr. _____ medico curante dell'alunno/a nome e
cognome _____ data _____ luogo _____ di
nascita _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

Che l'alunno/a è affetto da _____ pertanto in caso di
urgenza e precisamente con i seguenti sintomi:

1. Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco:

2. Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose da somministrare: _____

Modalità di conservazione: _____

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Luogo, data

Firma