## Allegato 1

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL’ALUNNO E DA TRASMETTERE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

**esclusivamente a mezzo posta elettronica all’indirizzo** [**agee034005@istruzione.it**](mailto:agee034005@istruzione.it)

La consegna a mano all’Ufficio Protocollo - **previa richiesta di appuntamento – sarà consentita solo in caso di effettivo impedimento, opportunamente documentato, ad inoltrare la richiesta a mezzo posta**

### I sottoscritti .............................................................................Recapiti tel......................................

.............................................................................Recapiti tel.......................................

genitori dell’alunno …………………................................................................................................

nato a ………………………………………………………………. il ..............................................

residente a ................................................................... in via .............................................................

frequentante la classe .................... della Scuola ...............................................................................

sita a ...................................................... in via .................................................................................

Essendo il minore affetto da e constatata l’assoluta necessità,

**chiedono**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dott. …………………………………..

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si **autorizza** fin d’ora l’intervento, inoltre si solleva da ogni responsabilità tutto il personale nel caso di complicazioni nonostante si sia intervenuti tempestivamente sulla/o bambina/o eseguendo tutto ciò che è stato descritto nel certificato medico.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03, del DGPR 679/2016 e D.lgs 101/18.

SI NO

Data ...........................................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.............................................................. ..............................................................

Recapiti tel.: Pediatra /Medico Genitori E-mail: Pediatra /Medico Genitori

VALUTATI la presente richiesta, il certificato medico allegato, la disponibilità del docente/Coll.Sco. e la fattibilità organizzativa; Il Dirigente Scolastico AUTORIZZA la somministrazione del farmaco

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Sciacca ........................................ ..............................................

**Note:** La richiesta/autorizzazione 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 rinnovato 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.

**Allegato 2**

**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 ......................................

Classe ......................... della Scuola ........................................................................

Sita a .......................................... in via ...................................................................

Dirigente Scolastico ................................................................................................

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco ............................................................................

Modalità di somministrazione .......................................... Dose ...........................

Orario: 1^ dose ................. 2^ dose ................. 3^ ................. 4^ dose .................

Durata terapia: dal .............................................. al ...............................................

Modalità di conservazione del farmaco .................................................................

Evento ......................................................................................................................

Eventuali note di primo soccorso .............................................................................

....................................................................................................................................

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03, del DGPR 679/2016 e D.lgs 101/18.

SI NO

Data ........................ Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

................................................................................