

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "Sferracavallo-Onorato"**

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

chiesia 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 medicarilasciata in data _____ dal Dott. _____

la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medicarilasciata 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 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 farmacologica 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 _____



Scuola dell'Infanzia - Primaria e Secondaria di 1° grado

Istituto Comprensivo Statale "SFERRACAVALLO - ONORATO"

via Tacito, 34 - 90148 Palermo C.F. 97165750825 Cod. Mecc. PAIC84800V Tel. 091.532549 Fax 091.6912879
www.ics-sferracavallo.it - e-mail paic84800v@istruzione.it - e-mail certificata paic84800v@pec.istruzione.it

Agli Insegnanti di classe
Ai Collaboratori scolastici

Oggetto: Autorizzazione somministrazione farmaci alunno _____ classe _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la richiesta scritta di somministrazione di farmaci all'alunno/a _____ frequentante la classe _____ sez. _____ plesso _____;

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

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

Il Dirigentescolastico
prof.ssa Patrizia Abate

Per accettazione:

Data _____

Firma _____