



MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

**Al dirigente scolastico
Istituto Internazionale di Istruzione Giovanni Paolo II**

Il/la sottoscritto/a _____

genitore tutore dell'alunno/a _____

frequentante nell'anno scolastico _____ la classe/sezione _____ della scuola _____

preso atto di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di somministrazione di farmaci a scuola

CHIEDE

la somministrazione di farmaci in orario scolastico e convittuale, a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata. (*allegato 3*)

Allega prescrizione/certificazione redatta dal medico curante recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non 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 farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Numeri di telefono utili	
Madre	Padre
Medico Curante	

In fede

Data _____

FIRMA _____



RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il/la sottoscritto/a _____
 genitori dell'alunno/a _____ nato a _____
 _____ il _____ residente a _____ in via _____
 _____ frequentante la classe _____ della Scuola _____
 _____ sita a _____ in Via _____
 _____, in caso di necessità per malessere

momentaneo, chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico e convittuale, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da scheda di annessi sanitaria firmata dal dott. _____

in data _____.

Consapevoli che la sorveglianza viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Con la presente accetto le condizioni le condizioni di servizio ed il regolamento e dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 "GDPR" e del D.lgs 196/2003 "Codice privacy" e s.m.i.

In fede

Data _____

FIRMA _____

Numeri di telefono utili	
Madre	Padre
Medico Curante	



RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il/la sottoscritto/a _____
genitori dell'alunno/a _____ nato a _____
_____ il _____ residente a _____ in via _____
_____ frequentante la classe _____ della Scuola _____
_____ sita a _____ in Via _____
_____, in caso di necessità per malessere

momentaneo, chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico e convittuale, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da scheda di annessi sanitaria firmata dal dott. _____

in data _____.

Consapevoli che la sorveglianza viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Con la presente accetto le condizioni le condizioni di servizio ed il regolamento e dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali Ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 "GDPR" e del D.lgs 196/2003 "Codice privacy" e s.m.i.

In fede

Data _____

FIRMA _____

Numeri di telefono utili	
Madre	Padre
Medico Curante	



**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
Scuola	classe/sezione

nome commerciale del farmaco	
durata della terapia:	
dal	al
orario e dose da somministrare (barrare la scelta):	
<input type="checkbox"/> mattina ore	dose
<input type="checkbox"/> pranzo ore	dose
<input type="checkbox"/> pomeriggio ore	dose
<input type="checkbox"/> sera ore	dose
modalità di conservazione del farmaco	
note	

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra