

**Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. "Giovanni Paolo II"
Capo d'Orlando**

RICHIEDSTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____

genitori di _____ frequentante la classe _____ sez. _____ del
plesso _____ 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
Dr. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di
cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale
scolastico (insegnanti e collaboratori scolastici) pertanto

CHIEDONO

che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione

AUTORIZZANO e SOLLEVANO

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata
o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità

collegate a questo tipo di intervento: _____

Capo d'Orlando, ____/____/____

FIRMA GENITORI

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

Il sottoscritto Dott _____ medico curante dell'alunno
nome e cognome _____

data e luogo di nascita _____ classe _____ sez _____ plesso _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO _____ E' AFFETTO DA (patologia
presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)

_____ 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 farmaco _____

dose da somministrare _____ modalità conservazione _____

effetti collaterali _____

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.

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno (per età, esperienza, addestramento):

SI NO

Capo d' Orlando, ____/____/____

Timbro e firma del Medico
