

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo di Barzanò
Via Leonardo da Vinci, 22
23891 Barzanò (LC)

OGGETTO: Richiesta di somministrazione farmaci a scuola

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____, iscritto/a presso questo Istituto
nell'anno scolastico _____ alla classe _____ sez. _____

- ☐ della scuola dell'infanzia,
☐ della scuola primaria del Comune di _____,
☐ della scuola secondaria di I grado,

C H I E D O N O

che, in caso di necessità, il/la proprio/a figlio/a possa assumere a scuola il/i farmaco/i riportato/i nella documentazione medica allegata (Allegato 01), che costituisce parte integrante della presente richiesta.

Pertanto,

D I C H I A R A N O

- ☐ di autorizzare il/la proprio/a figlio/a all'auto-somministrazione del/dei farmaco/i;
☐ di autorizzare il personale della scuola resosi disponibile a somministrare al/alla proprio/a figlio/a il/i farmaco/i secondo le indicazioni del Piano Terapeutico fornito e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione stessa;
☐ di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
☐ di impegnarsi a fornire all'Istituto il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone idrofilo, disinfettante, siringhe, guanti etc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della scadenza;
☐ di impegnarsi a comunicare tempestivamente in segreteria eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

I sottoscritti esprimono il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili esclusivamente ai fini della effettuazione della richiesta presentata.

Data _____

Firma di entrambi i genitori

Riservato alla segreteria

Protocollo

Visto,

☐ si autorizza ☐ non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Viviana Patricelli

**Piano Terapeutico per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico
a cura del Medico Curante**

Il/La minore (Cognome) _____ (Nome) _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____

N E C E S S I T A

- ☐ la somministrazione di farmaci in ambito scolastico;
- ☐ la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario.

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/dei farmaco/i

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

Durata della terapia _____

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

- ☐ E' prevista l'auto-somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

La definizione di un piano di assistenza è richiesta per _____

Data _____

timbro e firma del medico