

**Allegato A: Richiesta dei Genitori (o di chi esercita la potestà genitoriale)**

Data: \_\_\_\_\_

Al dirigente scolastico  
dell'I.C. di Cisano B.sco

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori dell'alunna/o \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. (abitazione) \_\_\_\_\_

Tel. (madre) \_\_\_\_\_ Tel. (padre) \_\_\_\_\_

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr. \_\_\_\_\_ e presentati in allegato alla richiesta.

- Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiarano:
  - di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
  - di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
  - di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc) nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza del materiale stesso;
  - di impegnarsi a comunicare tempestivamente al dirigente scolastico eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
- Autorizzano:
  - Se del caso, l'auto-somministrazione (alunna/o che per età, esperienza, addestramento, è autonoma/o nella gestione del problema di salute).
- Chiedono:
  - La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario, ...) \_\_\_\_\_ .

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

- Nome: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- Nome: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti.

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Allegato B: Certificazione di malattia e Piano Terapeutico

Si certifica che \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_,

Comune di \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

è affetta/o dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ per la quale

- vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso;
- la somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Farmaco/farmaci di cui si rende necessaria la somministrazione:

Farmaco n. 1 - nome	
Forma farmaceutica	
Dosaggio	
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco	
Dose da somministrare	
Modalità di somministrazione del farmaco	
Modalità di conservazione del farmaco	

Farmaco n. 2 - nome	
Forma farmaceutica	
Dosaggio	
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco	
Dose da somministrare	
Modalità di somministrazione del farmaco	
Modalità di conservazione del farmaco	

Farmaco n. 3 - nome	
Forma farmaceutica	
Dosaggio	
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco	
Dose da somministrare	
Modalità di somministrazione del farmaco	
Modalità di conservazione del farmaco	

Prescrizione ADRENALINA: 

Sì	NO
----	----

Data: \_\_\_\_\_

In fede

Timbro e firma del Medico

\_\_\_\_\_