

# RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

## ALLA COORDINATRICE DELLA SCUOLA dell'INFANZIA ASILO INFANTILE CARD. GIOVANNI COLOMBO

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori o tutori dell'alunno \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
frequentate la classe \_\_\_\_\_

### chiediamo

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nell'allegata  
prescrizione redatta in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

o **sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

o **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Note:

- la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
- i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico e ritirate a fine anno scolastico le eventuali rimanenze;

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

### **DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE**

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316,317 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Per eventuali integrazioni rispetto a quanto compilato si chiede cortesemente di allegare ulteriore documentazione

# PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

Visto il Protocollo d'Intesa per la somministrazione di farmaci a scuola tra ATS Insubria, ASST Sette Laghi,  
ASST Valle Olona e Ufficio Scolastico Provinciale di Varese

il/la sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa .....

Contatto: .....

in qualità di

- Specialista in .....
- Pediatra
- Medico di Medicina Generale

**prescrive la somministrazione da parte di personale non sanitario in ambito ed in orario scolastico  
all'alunno/alunna**

Cognome e Nome: .....

Nato il ..... / ..... / ....., Codice fiscale .....

residente a ..... in Via .....

affetto della/delle seguente/i patologia/e .....

.....

Frequentante la scuola dell'infanzia ASILO INFANTILE CARD. G. COLOMBO sita in CARONNO PERTUSELLA

**il/i seguente/i farmaco/i**

Principio attivo: .....

Nome commerciale e dosaggio: .....

Forma farmaceutica: .....

Tempistiche somministrazione (giorni e orario) e/o evento che richiede la somministrazione:

.....

Durata della prescrizione:

- Continuativa*
- dal ..... / ..... / ..... al ..... / ..... / .....*

Dosaggio da somministrare: .....

Modalità di somministrazione:

- *da parte di terzi*
- *autosomministrazione*

Indicazioni riguardanti la conservazione del/dei farmaco/farmaci: .....

.....

Eventuali ulteriori indicazioni: .....

.....

.....

**In tutti i casi in cui si ravvisi un carattere di Emergenza/Urgenza è comunque indispensabile comporre il numero unico dell'emergenza 112.**

Prescrizione di somministrazione di ADRENALINA per rischio anafilassi: ***Sì / No***

Se sì,

Nome del farmaco: .....

Dose e modalità di somministrazione: .....

Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco: .....

**In caso di richiesta di intervento, la scuola comunica all'operatore della Sala Operativa Regionale 112 che trattasi di un paziente per cui è attivo il "PROTOCOLLO FARMACO" e che necessita della somministrazione di adrenalina per rischio di anafilassi affinché l'evento sia gestito tempestivamente.**

Il sottoscritto dichiara e attesta:

- l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico;
- che 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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Data

Firma e timbro del medico