

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA**

I sottoscritti ..... e .....  
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
frequentante la classe..... della scuola.....  
affetto/a da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata,  
rilasciata in data ..... dal Dott.....

**CHIEDONO**  
(Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra.....
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  - A. La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica dell'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegna il seguente farmaco ..... n..... confezioni integre,**

**Lotto.....scadenza.....**

**Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei genitori - affidatari- tutori legali

Data,.....

Numeri utili		
genitori - affidatari- tutori legali		
Telefono fisso .....	.....	.....
Telefono cellulare.....	.....	.....
Telefono Medico curante (Dott.....)		

**N.B.**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico, tramite segreteria.  
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.  
In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.  
I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

*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 ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO/A

Cognome.....Nome .....

Nato/a il..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita a .....in Via.....

Affetto/a da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

**Modalità di somministrazione:** .....

**Orario:** 1<sup>^</sup> dose .....; 2<sup>^</sup> dose.....; 3<sup>^</sup> dose.....; 4<sup>^</sup> dose..... ;

**Durata della terapia:**.....

**Modalità di conservazione:**.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

Parziale autonomia       Totale autonomia

**TERAPIA D'URGENZA**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione:.....

Note.....

**Data,** .....

**Timbro e Firma del Medico curante**