

Oggetto: **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO E AMBITO SCOLASTICI**

Il/La sottoscritto/a .....  
genitore/tutore dell'alunno/a .....  
nato/a a ..... (.....) il .....  
e residente a ..... (.....), cap: .....  
in via ..... tel.: .....  
frequentante presso Codesto Istituto, nell'A. S. .... /....., la classe .....  
della Scuola:  Materna  Primaria  Secondaria I° Grado  
nel plesso:  Sede  Colle  Colonna  Collemare  
essendo il minore affetto da: ..... e constatata l'assoluta necessità

### C H I E D E

la somministrazione in ambito e orario scolastici dei farmaci necessari, **come da prescrizione medica allegata**, rilasciata dal Dott. ...., con le seguenti modalità e tempistica:

- tutti i giorni alle ore: .....  al bisogno nei seguenti casi: .....  
 solo nei giorni: ..... alle ore: .....  
 consentendo l'accesso a me o alle persone da me incaricate per la somministrazione dei farmaci

Persone incaricate: Sig./ Sig.ra .....  
Sig./ Sig.ra .....

- consentendo a mio/a figlio/a l'auto-somministrazione del farmaco in quanto assolutamente in grado di provvedere autonomamente.  
 permettendo che a mio/a figlio/a venga somministrato il farmaco da personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico **sollevandolo**, contestualmente, da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica in quanto consapevole che il personale scolastico incaricato non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni.

**N.B.: in quest'ultimo caso, sulla certificazione medica, dovrà essere espressamente specificato che: "PER LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO NON E' NECESSARIA SPECIFICA COMPETENZA" e che: "TRATTASI O MENO DI FARMACO SALVAVITA"**

A tal fine vengono consegnate n. .... confezioni integre dei seguenti farmaci: .....

**Da conservare con le seguenti modalità:** .....

Montesilvano, .....  
.....  
(firma del richiedente)

**Allegato 4 al Regolamento di istituto** - Per la somministrazione dei farmaci salvavita occorre innanzitutto la richiesta scritta della famiglia. In secondo luogo bisogna acquisire la certificazione redatta dal pediatra con l'indicazione precisa della diagnosi, dei possibili sintomi della patologia, della modalità di somministrazione del farmaco e della conservazione dello stesso. Si procederà poi a reperire la disponibilità del personale docente e/o ata alla somministrazione del farmaco. Si dovranno ottenere possibilmente più nominativi in caso di assenza. In caso di uscita di un giorno, il personale individuato accompagnerà l'alunno, mentre per i viaggi di istruzione si provvederà a reperire la disponibilità dell'accompagnatore e in assenza di questa, comunque sempre in accordo con la famiglia, si verificherà la fattibilità della partecipazione dell'alunno con patologia. È esclusa la somministrazione di qualsiasi altro farmaco che non abbia le caratteristiche di farmaco salvavita che debba essere somministrato in casi eccezionali e di estrema urgenza. La richiesta ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico. I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

***Vista la richiesta e constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico con le modalità e la tempistica richieste***

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Roberta MARTORELLA