



Istituto Comprensivo Bordighera

Via Pelloux, 32 18012 BORDIGHERA IM

Allegato A - Somministrazione farmaci

Al Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare dai genitori / dal tutore dell'alunno)

Il/la/i sottoscritto/a/i, esercente/i la responsabilità genitoriale in qualità di

PADRE	ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	
Recapiti telefonici (fissi e/o cell.)	
Mail per comunicazioni	

MADRE	ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	
Recapiti telefonici (fissi e/o cell.)	
Mail per comunicazioni	

TUTORE	ESERCENTE LA POTESTA' GENITORIALE
Cognome	
Nome	

Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	
Recapiti telefonici (fissi e/o cell.)	
Mail per comunicazioni	

Essendo il minore:

ALUNNO/A	
Cognome	
Nome	
Luogo e data di nascita	
Codice fiscale	
Indirizzo (via, n. civico, città, provincia)	
Iscritto alla classe	
affetto da	

constatata l'assoluta necessità

CHIEDE/CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da **allegata autorizzazione medica** rilasciata in data ___/___/___ dal dott. _____

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario,

SOLLEVANO

lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Il/I sottoscritto/i, consapevole/i delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara/dichiarano di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”

Data ___/___/___

Padre _____

Madre _____

Tutore _____

Informazioni per la corretta presentazione della richiesta

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

- ✦ stato di malattia dell'alunno
- ✦ prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- ✦ l'assoluta necessità;
- ✦ la somministrazione indispensabile in orario scolastico
- ✦ la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, 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;¹
- ✦ la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- ✦ nome cognome dello studente;
- ✦ nome commerciale del farmaco;
- ✦ descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- ✦ dose da somministrare;
- ✦ modalità di somministrazione del farmaco;
- ✦ possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli
- ✦ modalità di conservazione del farmaco;
- ✦ durata della terapia.

¹ - La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.