



**Istituto Comprensivo Statale “V. Angius”**

Via delle Regioni s.n.c. – 09010 – Portoscuso Tel.0781509043– Fax 07811884826  
e.mail [caic81800t@istruzione.it](mailto:caic81800t@istruzione.it) -[caic81800t@pec.istruzione.it](mailto:caic81800t@pec.istruzione.it) [www.comprensivoangius.edu.it](http://www.comprensivoangius.edu.it)

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/la sottoscritto/a <i>Nome e cognome della madre</i>	
Il/la sottoscritto/a <i>Nome e cognome del padre</i>	
Il/la sottoscritto/a <i>Nome e cognome del tutore</i>	
genitori dell'alunno/a <i>Nome e cognome</i>	
nato/a il	a
iscritto/a alla scuola	classe/sezione:

**○ Chiede/ono**

L'autorizzazione ad accedere ai locali scolastici per la somministrazione allo stesso di terapia farmacologica\* in ambito scolastico con frequenza giornaliera/altro (specificare) ..... alle ore ..... come da prescrizione medica emessa dal Dott..... in data..... (da allegare) da parte di un genitore o delegato (in caso di delegato allegare la delega).

**○ Autorizza/ano**

il personale scolastico incaricato dal Dirigente Scolastico a prendere visione della nota del medico in cui si specifica in base alla patologia quali devono essere i comportamenti di primo soccorso da mettersi in atto in caso di necessità.

La somministrazione allo stesso di terapia farmacologica\* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott..... in data...\*\*\* .... (da allegare).

**○ Autorizza/ano**

contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e solleva/ lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta. La possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica\* in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott.. \_\_\_\_\_ in data... ..... (da allegare).

\***Nome commerciale del farmaco** Dosi, Orari, Periodo di somministrazione e Modalità di conservazione come da prescrizione medica all'ALLEGATO N.1.

**NUMERI DI TELEFONO UTILI: FAMIGLIA:** \_\_\_\_\_

**\*\*\* ... MEDICO:** \_\_\_\_\_

**Chiede/ono**

di entrare nei locali scolastici per prestare le cure necessarie al proprio figlio e/o somministrare il farmaco con frequenza giornaliera / altro (specificare) alle ore \_\_\_\_\_ circa.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

**SI**

**NO**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

PADRE \_\_\_\_\_

MADRE \_\_\_\_\_

TUTORE \_\_\_\_\_

**Note**

**. La richiesta/autorizzazione deve essere consegnata al Dirigente Scolastico tramite l'invio su Classroom.**

Essa 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.

• Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola.

Visto Il Dirigente Scolastico