

# Somministrazione Farmaci

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

## PARTE 1 – RICHIESTA DA PARTE DEI GENITORI / AFFIDATARI / TUTORI

(È necessario accludere compilata anche la Parte 2 - Prescrizione del Medico curante)

I sottoscritti \_\_\_\_\_

e \_\_\_\_\_

in qualità di:

- genitori  
 affidatari  
 tutori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_  Primaria  Media  Liceo

della scuola Istituto Leonardo Murialdo, via Anfiteatro Romano 30, Albano Laziale

affetto da \_\_\_\_\_

constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata,

rilasciata in data a \_\_\_\_\_ 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/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.

(segue )

## Somministrazione Farmaci

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA  
PARTE 1 – RICHIESTA DA PARTE DEI GENITORI / AFFIDATARI / TUTORI (PAG 2/2)

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con la vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con l'affiancamento del personale scolastico/formativo (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 consegnano n. \_\_\_\_\_ confezioni integre del farmaco,  
Lotto n. \_\_\_\_\_ con 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,

Data, \_\_\_\_\_

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Numeri utili:**

Telefono fisso \_\_\_\_\_

Telefono cellulare \_\_\_\_\_

Telefono Medico curante \_\_\_\_\_

### **N.B**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

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 per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla Scuola per la durata della terapia.

# Somministrazione Farmaci

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

## PARTE 2 – PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PAG. 1/2)

(Da compilare da parte del Medico curante e da allegare alla Richiesta dei genitori)

*Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità*

SI PRESCRIVE

la somministrazione dei farmaci sotto-indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico / formativo,

all' Alunno (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_  Primaria  Media  Liceo

della scuola Istituto Leonardo Murialdo, via Anfiteatro Romano 30, Albano Laziale

essendo l'Alunno affetto da \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

\_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario. 1° dose \_\_\_\_\_ - 2° dose \_\_\_\_\_ - 3° dose \_\_\_\_\_ - 4° 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

(segue)

---

**Somministrazione Farmaci**  
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA  
**PARTE 2 – PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PAG. 2/2)**

Note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Timbro e Firma del Medico curante**

\_\_\_\_\_