

MODULO 1
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei Genitori/degli Esercenti la responsabilità genitoriale dell'Alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico)

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Alighieri
Dante" di San Canzian d'Isonzo**

I sottoscritti
Genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale di
nato a il
residente a in via
frequentante la classe/sezione della Scuola.....
dell'I.C. "Alighieri Dante" di San Canzian d'Isonzo,
essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta
necessità, chiedono la somministrazione, in ambito e orario scolastico, dei farmaci come da allegata
prescrizione medica rilasciata in data dal Dott.
Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di Personale non sanitario, qualora
disponibile, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

**In caso di somministrazione del farmaco, si solleva il Personale scolastico resosi disponibile a
effettuarla da ogni responsabilità civile e/o penale che ne dovesse derivare.**

Si autorizza il trattamento dei dati personali forniti secondo quanto disposto della vigente normativa in
materia di privacy di cui al GDPR 2016/679.

Luogo e data:

Firma dei Genitori/degli Esercenti la responsabilità genitoriale

* In caso di impossibilità ad apporre la doppia firma, è possibile per il Genitore/Tutore/Esercente la
responsabilità genitoriale sottoscrivere una delle seguenti dichiarazioni:

Il/La sottoscritto/a....., Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale
dell'Alunno/a....., consapevole delle conseguenze amministrative e penali per
chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiaro sotto la mia
responsabilità:

- che la dichiarazione da me sottoscritta nel presente modulo è stata effettuata con il consenso dell'altro
Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale.
- di aver apposto la mia sola firma in quanto unico soggetto avente la responsabilità genitoriale
dell'Alunno/a.

Luogo e data.....

Firma del Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale:

MODULO 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE AUTONOMA DI FARMACI

(da compilare a cura dei Genitori/degli Esercenti la responsabilità genitoriale dell'Alunno/a e da consegnare al Dirigente Scolastico)

**Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Alighieri
Dante" di San Canzian d'Isonzo**

I sottoscritti

Genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale di

nato a il

residente a in via

frequentante la classe/sezione della Scuola.....

dell'I.C. "Alighieri Dante" di San Canzian d'Isonzo,

essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione autonoma in ambito e orario scolastico - in presenza di un adulto che possa garantire l'adeguata vigilanza - dei farmaci come da allegata prescrizione medica rilasciata in data dal Dott.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di Personale non sanitario, qualora disponibile, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti dichiarano sotto la propria responsabilità che il/la proprio/a figlio/a possiede capacità di gestione autonoma e ha ricevuto opportuno addestramento per la autosomministrazione del farmaco secondo le modalità previste dalla certificazione medica che si allega.

In caso di autosomministrazione del farmaco, si solleva il Personale scolastico resosi disponibile a vigilare sulla stessa da ogni responsabilità civile e/o penale che ne dovesse derivare.

Si autorizza il trattamento dei dati personali forniti secondo quanto disposto della vigente normativa in materia di privacy di cui al GDPR 2016/679.

Luogo e data:

Firma dei Genitori/degli Esercenti la responsabilità genitoriale

.....

* In caso di impossibilità ad apporre la doppia firma, è possibile per il Genitore/Tutore/Esercente la responsabilità genitoriale sottoscrivere una delle seguenti dichiarazioni:

Il/La sottoscritto/a....., Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale dell'Alunno/a....., consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiaro sotto la mia responsabilità:

che la dichiarazione da me sottoscritta nel presente modulo è stata effettuata con il consenso dell'altro Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale.

di aver apposto la mia sola firma in quanto unico soggetto avente la responsabilità genitoriale dell'Alunno/a.

Luogo e data.....

Firma del Genitore/Esercente la responsabilità genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale:

MODULO 3

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA) RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei Genitori/degli Esercenti la responsabilità genitoriale e constatata l'assoluta necessità, **si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di Personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico all'Alunno/a**

Nome Cognome
nato a il
residente a in via
frequentante la classe/sezione della Scuola.....
dell'I.C. "Alighieri Dante" di San Canzian d'Isonzo,

del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco

Nome del generico equivalente.....

Modalità di somministrazione dose

Orario:

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Luogo e data.....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di libera scelta

MODULO 4

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA) RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei Genitori/degli Esercenti la responsabilità genitoriale e constatata l'assoluta necessità, **si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di Personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico all'Alunno/a**

Nome Cognome
nato a il
residente a in via
frequentante la classe/sezione della Scuola.....
dell'I.C. "Alighieri Dante" di San Canzian d'Isonzo,

del seguente farmaco SALVAVITA:

Nome commerciale del farmaco
Nome del generico equivalente.....

Modalità di conservazione del farmaco
Sintomi percepibili che indicano la necessità della somministrazione

Specifici accorgimenti da mettere in atto da parte dell'adulto presente (Docente, Collaboratore Scolastico, Educatore, etc):
.....
.....

Modalità di somministrazione dose

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Riferimenti per emergenze: 118 - Medico curante: tel.
Altri riferimenti:

Luogo e data.....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di libera scelta

MODULO 5

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (MEDICO DI MEDICINA GENERALE O PEDIATRA DI LIBERA SCELTA) RELATIVA ALLA AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei Genitori/degli Esercenti la responsabilità genitoriale e constatata l'assoluta necessità, **si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati, sotto la sorveglianza di Personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico all'Alunno/a**

Nome Cognome

nato a il

residente a in via

frequentante la classe/sezione della Scuola.....

dell'I.C. "Alighieri Dante" di San Canzian d'Isonzo,

del seguente farmaco/del seguente farmaco SALVAVITA:

Nome commerciale del farmaco

Nome del generico equivalente.....

Modalità di conservazione del farmaco

Sintomi percepibili che indicano la necessità della somministrazione

.....

.....

Specifici accorgimenti da mettere in atto da parte dell'adulto presente (Docente, Collaboratore Scolastico, Educatore, etc):

.....

.....

Modalità di somministrazione dose

Si dichiara che la somministrazione non richiede il possesso di competenze di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

L'Alunno/a possiede capacità di gestione autonoma e ha ricevuto opportuno addestramento per la autosomministrazione del farmaco, in presenza di un adulto che possa garantire l'adeguata vigilanza.

Riferimenti per emergenze: 118 - Medico curante: tel.

Altri riferimenti:

Luogo e data.....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di libera scelta