

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Al Dirigente Scolastico dell'IC Montecorvino Pugliano

I / Il / La sottoscritti / o / a.....
(barrare una delle caselle)

- In qualità di genitori
- In qualità di affidatario esclusivo¹
- In qualità di tutore²
- In qualità di genitore vedovo / a³

Dell'alunno/a⁴nato/ail.....frequentante

la classe.....sez..... Infanzia / Primaria / Sec.I Grado

Del Plesso.....

CHIEDE/CHIEDONO (Punto 1)

Di poter accedere nella scuola alle oreper effettuare personalmente la somministrazione del farmacocoerentemente alla certificazione medica allegata (la certificazione medica deve specificare modi, dose, via di somministrazione e tempi di somministrazione nonché la durata della terapia). In tal caso il farmaco sarà portato di volta in volta dal genitore stesso al momento della somministrazione.

OPPURE

CHIEDE/CHIEDONO (Punto 2)

Che sia somministrato al minore sopra indicato, in orario scolastico, a scopo di terapia, il/i seguente/i farmaco/i,coerentemente alla certificazione medica allegata (la **certificazione medica** deve specificare modi, dose, posologia, via di somministrazione e tempi di somministrazione nonché la durata della terapia ed anche l'indicazione che non è necessario personale specializzato per la somministrazione. Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. A tal fine il farmaco verrà **conservato nella cassetta del pronto soccorso** dell'infermeria insieme alla certificazione medica allegata e i genitori provvederanno, sotto la loro responsabilità, alla sua sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento continuo in caso di utilizzo. A tal fine:

¹ In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.

² In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.

³ In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall'art.15 della Legge n.3/2003 e dall'art.15 comma 1 della L.183/2011

⁴ Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

Il personale individuato dal Dirigente Scolastico della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale atto.

OPPURE

CHIEDE/CHIEDONO (Punto 3)

che in presenza dei sintomi della seguente malattia.....
.....indicata nella certificazione medica allegata, **venga chiamato immediatamente il 118 per la somministrazione** del/dei seguente/i farmaco/i
.....coerentemente alla certificazione medica allegata

(la certificazione medica deve specificare modi, dose, posologia, via di somministrazione ed anche l'indicazione che non è necessario personale specializzato per la somministrazione. I genitori chiedono altresì di essere avvisati immediatamente. Inoltre i genitori comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. A tal fine il farmaco verrà **conservato nella cassetta del pronto soccorso** dell'infermeria insieme alla certificazione medica allegata e i genitori provvederanno, sotto la loro responsabilità, alla sua sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento continuo in caso di utilizzo.

OPPURE

CHIEDE/CHIEDONO (Punto 4)

che in presenza dei sintomi della seguente malattia.....
.....indicati e descritti accuratamente nella certificazione medica allegata, venga somministrato il/i seguente/i farmaco/i
.....coerentemente alla certificazione medica allegata

(la certificazione medica deve specificare modi, dose, posologia, via di somministrazione. I genitori chiedono altresì di essere avvisati immediatamente. Inoltre i genitori comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. A tal fine il farmaco verrà **conservato nella cassetta del pronto soccorso** dell'infermeria insieme alla certificazione medica allegata e i genitori provvederanno, sotto la loro responsabilità, alla sua sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento continuo in caso di utilizzo.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori 1:

Genitore 2.....

In fede,

Data

Firma/e

Genitore 1

Genitore 2

Il Dirigente Scolastico

- In presenza delle condizioni di cui al punto 1) **AUTORIZZA** l'ingresso di uno dei genitori per la somministrazione del farmaco da parte del genitore;

- In presenza delle condizioni di cui al punto 2) **INDIVIDUA** il docentee in caso di sua assenza in ordine:
1.....,
2.....
alla somministrazione del farmaco

X In presenza delle condizioni di cui al punto 3) **SOTTOLINEA** che il personale del plesso dovrà chiamare il 118 tempestivamente e senza indugio. Contemporaneamente dovranno essere avvertiti i genitori.

X In presenza delle condizione di cui al punto 4) **INDIVIDUA** i docenti :

alla somministrazione del farmaco. Qualora nessuna delle persone individuate sia presente nel plesso chiamare tempestivamente il 118 per la somministrazione e avvisare i genitori.

DATA 03/06/2019

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Rosaria Mirra

PER ACCETTAZIONE

Il responsabile di plesso
Il Personale individuato
.....
.....