

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. DI ARCORE

Oggetto: Somministrazione di farmaci a scuola - Richiesta

Il/La sottoscritto/a _____, esercente la
responsabilità genitoriale sull'alunno/a _____
frequentante la sezione/classe _____ del plesso:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Infanzia via Beretta | ☐ Infanzia viale Mantegna | |
| ☐ Primaria "Alcide De Gasperi" | ☐ Primaria "Dante Alighieri" | ☐ Primaria "Giovanni XXIII" |
| ☐ Secondaria "Antonio Stoppani" | | |

essendo il minore affetto da _____
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e orario scolastico dei
farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.
_____.

Preciso che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario
di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il
personale scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici) e pertanto CHIEDE che il Dirigente
scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione, autorizzandoli e
sollevandoli da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza
generata o indotta dal farmaco stesso.

Indico comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a
questo tipo di intervento: _____

Inoltre dichiaro la possibilità di prevedere l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'allievo
per età, esperienza, addestramento: ☐ SÌ ☐ NO

Arcore, _____

IL RICHIEDENTE

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____,
CERTIFICA che l'alunno/a _____ (nato/a a
_____ il _____), di cui è medico curante, è
affetto dalla seguente patologia per la quale viene richiesta la somministrazione di un farmaco:

1) *Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco*

2) *Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:*

nome commerciale farmaco: _____

forma farmaceutica: _____

principio attivo: _____

posologia: _____

effetti collaterali: _____

Il/La sottoscritto/o DICHIARA che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno (per età, esperienza, addestramento): ☐ SI ☐ No

data e luogo

In fede,