

**RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
 genitori di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola  
 \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
 essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta  
 necessità,

**CHIEDONO**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in  
 data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_.

- Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;
- Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
- Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
- Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
- Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l'a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
- Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici) e pertanto

**AUTORIZZANO e SOLLEVANO**

Il personale da ogni responsabilità relativa alla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: \_\_\_\_\_

Tortoreto, \_\_\_\_\_

Firma dei Genitori

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

Recapiti telefonici

MADRE	
PADRE	
TUTORE	
MEDICO/PEDIATRA	

SI PREGA DI AGGIUNGERE OGNI ALTRO DOCUMENTO UTILE ALLA SOMMINISTRAZIONE

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

**DATI RELATIVI ALL'ALUNNO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Evento che richiede la somministrazione del farmaco

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

Tempi e modalità di somministrazione del farmaco

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

Dose \_\_\_\_\_

Orario 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^ dose \_\_\_\_\_ 2^ dose \_\_\_\_\_ 2^ dose \_\_\_\_\_

Durata terapia \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

Eventuali note di primo soccorso

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

**La somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e l'intervento non è discrezionale in relazione ai tempi, alla posologia, alla modalità di somministrazione, alla conservazione.**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico o del pediatra

\_\_\_\_\_