



ISTITUTO COMPRENSIVO DI BRENTONICO

SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO



PROVINCIA AUTONOMA
DI TRENTO

REPUBBLICA
ITALIANA

Mod.1

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(da compilare a cura dei Genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti

genitori di frequentante la classe

☐ della scuola primaria di Brentonico

☐ della scuola secondaria di primo grado di Brentonico

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.

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

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico

(insegnanti e collaboratori/trici scolastici) pertanto

CHIEDE

che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione*

AUTORIZZA e SOLLEVA

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione 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:

*** Si dichiara la possibilità di prevedere l'autosomministrazione del farmaco da parte dell'allievo per età,**

esperienza, addestramento come certificato dal medico curante dell'alunno. ☐ **SI** ☐ **NO**

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a

rivelare lo stato di salute delle persone). ☐ **SI** ☐ **NO**

Firma dei genitori

Mod.2

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

Il sottoscritto Dott. medico curante dell'alunno:

nome e cognome

data e luogo di nascita classe

Sezione

☐ della scuola primaria di Brentonico

☐ della scuola secondaria di primo grado di Brentonico

DICHIARA

CHE L'ALUNNO E' AFFETTO DA (patologia presentata

dall'alunno per cui viene

richiesta la somministrazione del farmaco)

pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi:

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

dose da somministrare modalità conservazione

effetti collaterali

DICHIARA

inoltre 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, luogo

in Fede

(Timbro e firma)