Al Dirigente Scolastico

Dell’I.O di Città Sant’Angelo

Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte di personale della scuola, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a ………………………………………… nato a …………………… il .……………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| in qualità di |  | Genitore |  | Esercente la potestà genitoriale |

di …………………………………………………………. nato a ………………….... il………….…..

|  |
| --- |
| frequentante nell’A. Sc……………. la Scuola  |

**CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: ………………………………………………………………………. A tal fine

**AUTORIZZA**

il personale della scuola, ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato,

**sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della

manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al

minore.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l’indicazione del** **farmaco e della durata della terapia**

**Si fornisce** il farmaco che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati, in confezioneintegra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell’anno scolastico.

**Numeri di telefono utili:**

**medico curante: …………………**

**genitori: ……………………………………**

**in fede**

**data**

**firma**

Il minore ……………………………………………………… Nato a ……………… il …………….…

residente in ……………………… alla via ………………………………………………………………

**necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione, da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

**……………………………………………………………………………………………………………..**

**Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

**……………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………..**

**Durata della terapia ……………………………………………………………………………………..**

*(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

**……………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………….…**

**Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso**

**………………………………………………………………………………………………………..........**

**Data……………………**

**Timbro e firma del medico**