

## **RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico (in caso di alunno/a studente/essa minorenni)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Mori  
prof. Massimiliano Latino  
Via Giovanni XXIII, 64  
38065 MORI (TN)

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

.....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome)

.....

nato a.....il.....

residente a .....in via .....

frequentante la classe ..... sez ..... della

- Scuola Primaria Mori
- Scuola Primaria Ronzo Chienis
- Scuola Secondaria di I grado Mori

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

### **CHIEDO**

in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

- di accedere alla sede scolastica per somministrare a mio/mia figlio/a il farmaco (scrivere nome del farmaco) .....,  
come da Piano di Trattamento Individuale allegato, personalmente o tramite .....,  
..... da me incaricato;

(oppure)

- che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco (scrivere nome del farmaco)  
.....,  
come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

- che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco (scrivere nome del farmaco)....., come da Piano di Trattamento Individuale allegato, consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi, sia per il trattamento quotidiano che per il trattamento in situazioni di emergenza.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Inoltre chiedo di organizzare un incontro con il personale scolastico e sanitario per concordare la gestione dell'alunno/studente durante le attività scolastiche.

La scuola rilascerà informativa sul trattamento dei dati personali, in ottemperanza al Regolamento Europeo UE/ 2016/ 679

In fede

Data

Firma

---

# PIANO TRATTAMENTO INDIVIDUALE GENERICO

(da adattare a cura delle UU.OO. Pediatria del SOP)

## PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome : ..... Nome : .....

Data e luogo di nascita: .....

Diagnosi per cui può essere richiesto un intervento di emergenza:.....

Scuola:.....Classe e sezione:.....

Padre:Nome:.....Cognome: .....

Tel casa:..... Tel. lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Madre:Nome:..... Cognome: .....

Tel casa:..... Tel. lavoro: .....

Tel. Cellulare: .....

Altri numeri da contattare in caso di emergenza:

(1)Nome:.....Cognome:.....

Relazione con il bambino: .....

Tel.: ..... Cellulare: .....

(2)Nome:.....Cognome:.....

Relazione con il bambino: .....

Tel.: .....Cellulare: .....

Medico curante:

Nome:.....Cognome:.....

..... Tel.: ..... Cellulare: .....

**Farmaci per la continuità terapeutica**

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo
	.....	.....
Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note.....

... **Farmaci per Emergenza**

Farmaco	Nome commerciale	Principio attivo
Dose		
Quante volte		
Come		
Presidi da utilizzare		
Modalità conservazione		

Note

.....  
.....

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Firma e timbro del medico

---