

**RICHIESTA  
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe..... della scuola.....  
 frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....  
 nell'anno scolastico....., affetto da.....  
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data .....dal Dott.....

CHIEDONO  
 (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra \_\_\_\_\_
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....**

**Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Numeri utili	
Telefono fisso.....	.....
Telefono cellulare.....	.....
Telefono Medico curante (Dott.....)	.....)

**N.B.**  
 La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.  
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.  
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

*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

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome .....

Nato il..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita a .....in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

**Modalità di somministrazione:** .....

**Orario:** 1<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> dose.....;

**Durata della terapia:** .....

**Modalità di conservazione:**.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita  
(barrare la scelta):

- Parziale autonomia       Totale autonomia

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

**Data,** .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....istituzione scolastica o formativa.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e profilo professionale  
 .....  
 .....

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....  
 .....

**1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

.....  
 .....

Firma Operatore Sanitario  
 .....  
 Firma Operatore Scolastico/Formativo  
 .....

**2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO**

.....  
 .....

Firma Operatore Sanitario  
 .....  
 Firma Operatore Scolastico/Formativo  
 .....

**3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Data.....  
 .....  
 Firma Operatore Sanitario  
 .....

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....  
 .....  
 Firma Operatore Scolastico/Formativo  
 .....

**4. DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)..... Firma (madre).....

**VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

.....

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO  
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....  
nato a ..... il.....  
residente a .....in Via.....  
tel.....  
studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....  
scuola .....  
sita in Via .....Cap .....  
Località ..... Prov.....

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....  
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003  
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)  
(barrare la scelta):

SI  NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data, .....