(all. 1)

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ padre □ madre □ tutore

dell’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante nell’allegata prescrizione redatta in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **sia/no somministrato/i mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

□ **mio/a figlio/a si autosomministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

*In caso di firma di un solo genitore/tutore/affidatario lo stesso sottoscrive contestualmente la seguente dichiarazione: “Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali corrispondenti a verità, ai sensi del d.p.r. 245 del 2000, Dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiede il consenso di entrambi genitori”.*

data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma genitore/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**Parte integrante della Certificazione medica redatta dal Medico**

**Medico Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome e nome alunno/a** |  |
| **Data e luogo di nascita** |  |

**Necessita la somministrazione/autosomministrazione dei farmaci sotto indicati in ambito e in orario scolastico**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome farmaco** |  |
| **Forma farmaceutica** |  |
| **Principio attivo del farmaco** |  |
| **dosaggio** |  |
| **Orario di somministrazione** |  |
| **Modalità di conservazione del farmaco** |  |

**Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Dose da somministrare**

|  |
| --- |
|  |

**Modalità di somministrazione / auto somministrazione**

|  |
| --- |
|  |

**Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni)**

|  |
| --- |
|  |

**□ PRESCRIZIONE DI ADRENALINA IN CASO DI RISCHIO DI ANAFILASSI (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**Eventuali note\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Timbro e firma del Medico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**