



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**“Istituto Comprensivo Sottotenente Alfredo Aspri ”**

**SCUOLA INFANZIA - PRIMARIA - SECONDARIA DI 1° GRADO**

Via degli Osci n. 1 04022 FONDI (LT) Tel. 0771531619 fax 0771531619

Codice Fiscale 90056200596 Codice Meccanografico LTIC85700L

email: ltic85700l@istruzione.it pec: ltic85700l@pec.istruzione.it

**Mod.1**

**RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_

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 del 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

SI

NO

Fondi,

Firma dei Genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_ modalita' 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)

\_\_\_\_\_