**Allegato 1**

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELL’ISTITUTO COMPRENSIVO FERNADA IMONDI ROMAGNOLI**

I sottoscritti ............................................................................. e …………………………………………………………………….

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ......................................................................…………………

frequentante la classe ............ della scuola.........................................................................................................

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, 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:
  + La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
  + L’affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n………… confezioni integre del farmaco denominato …………………………………………......,**

**Lotto ……………………… scadenza ………………………………. e relativa 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,

(Luogo e Data) ................................ il ...................

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **Numeri di telefono utili:**  Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell …………………………..  Tel. Genitori: tel fisso ……………………………. Tel cell ………………………….  Tel. medico curante Dott. ....................................................................................... tel. ……………………… |

|  |
| --- |
| NB:  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. |

**Allegato 2**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

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

**Tipologia del farmaco**: (barrare la scelta):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Salvavita** |  | **Indispensabile** |

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

**Orario:** 1^ dose ............................; 2^ dose………………………; 3^ dose………………………; 4^ dose……………………………;

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

**Modalità di conservazione:** ……………………………………………………………………………………………………………………………….

**Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco** (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: ............................................................................................................................. |

**N.B.: SI ALLEGA PIANO DI EMERGENZA**

(Luogo e Data) ................................ il ...................

**Timbro e Firma del Medico curante**

**……………………………………………………………..**