

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE / STUDENTE MAGGIORENNE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente/studente maggiorenne \_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/CF|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola primaria \_\_\_\_\_

scuola secondaria di primo grado \_\_\_\_\_

scuola secondaria di secondo grado \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

essendo lo studente affetto da \_\_\_\_\_

**CHIEDONO/CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN )Dr. \_\_\_\_\_ nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_/

**sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a/al sottoscritto maggiorenne dal personale della scuola**

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Ci impegniamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

**mio/a figlio/a/il sottoscritto maggiorenne si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili**

**Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità**

- Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_

Firma

Data \_\_\_\_\_

**Accenso al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data \_\_\_\_\_

**NOTE A RETRO PAGINA**

## **NOTE**

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

**PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL  
MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI  
FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO  
REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa \_\_\_\_\_

Qualifica:

Medico di Medicina Generale     Pediatra di Famiglia     Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato e constatata l'assoluta necessità:

**PRESCRIVE  
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE  
VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/CF|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola primaria \_\_\_\_\_

scuola secondaria di primo grado \_\_\_\_\_

scuola secondaria di secondo grado \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

essendo lo studente affetto da \_\_\_\_\_

**del seguente farmaco**

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal \_\_\_\_ al \_\_\_\_; continuativa e/o al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi.

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

In ogni caso il Medico precisa che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore essendo eseguibile **anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

**Eventuali note aggiuntive**

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

Firma e timbro del Medico

Data \_\_\_\_\_