

**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**

.....

INSERIRE INTESTAZIONE SCUOLA

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA DI TERAPIA DI URGENZA  
(modulo per minorenni)**

Al Dirigente Scolastico

Istituto scolastico/Plesso.....

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

genitori di ..... classe .....

d i c h i a r a n o

che il/la proprio/a figlio/a potrebbe necessitare di somministrazione a scuola di terapia di urgenza, **come da certificato medico allegato, aggiornato all'anno scolastico in corso.**

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il Personale scolastico,

**pertanto, sollevano**

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione, considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

.....

Nel caso venga data la disponibilità alla suddetta somministrazione, i **sottoscritti si impegnano a fornire il/i farmaco/i.**

In caso di necessità collegate a questo tipo di intervento i **recapiti telefonici** sono i seguenti:

✓ Genitori .....

✓ Referente centro diabetologico      dott. ....

tel.....

Roma, .....

Firma (leggibile) di entrambi i genitori: .....

**FAC-SIMILE CERTIFICATO MEDICO IN CASO DI NECESSITA' DI TERAPIA DI URGENZA**  
(da riporre in un astuccio insieme con il farmaco salvavita)

ASSISTITO (Cognome Nome) .....

NATO A ..... il .....

- DIAGNOSI
- DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA DI URGENZA

**INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO IN CASO DI URGENZA:**

- NOME DEL FARMACO/I (nome commerciale)
- DOSAGGIO
- MODALITA' E VIA DI SOMMINISTRAZIONE
- EVENTUALE POSSIBILITA' DI RIPETIZIONE E TEMPISTICA
- EFFETTI COLLATERALI
- TEMPI DI ATTESA PER RICHIESTA ASSISTENZA MEDICA DI EMERGENZA
- MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO
- DICHIARAZIONE CHE IL FARMACO PUO' ESSERE SOMMINISTRATO DA PERSONALE NON SPECIALIZZATO E PRIVO DI COMPETENZE SANITARIE

**MATERIALE DA FORNIRE ALLA SCUOLA:**

- FARMACO/I
- MATERIALE E DISPOSITIVI SPECIFICI (se previsti)
- ALIMENTI PER CORREZIONE IPOGLICEMIA (se previsto)

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

TEL. del medico

CELL. del medico

.....