

Al Dirigente Scolastico  
dell'IC "Aldo Moro"  
Napoli

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O  
ISTRUZIONI DI PRIMO INTERVENTO IN AMBITO SCOLASTICO**

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

genitori dell'alunno/a

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_.

e considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica o di primo intervento salvavita **chiedono** la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_ e **autorizzano** il Dirigente Scolastico e tutto il personale coinvolto a provvedere all'attuazione del protocollo di intervento descritto nel formulato allegato alla presente, e sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista e descritta nel suddetto protocollo.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Resta inteso che in ogni situazione di dubbio sui sintomi manifestati dal bambino, verrà comunque chiamato il 118.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico curante \_\_\_\_\_

Genitori: \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO 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 IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

Cognome ..... Nome ..... data di nascita .....  
.....residente a ..... in via .....  
..... Telefono ..... classe ..... della  
Scuola .....sita a ..... in via .....  
.....

Dirigente Scolastico .....

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: 1^ dose ... .. 2^ dose ... .. 3^dose ... .. 4^ dose ... ..

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

note

.....  
.....

Data, .....

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

## SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità di somministrare al bisogno al/la allievo/a

Cognome ..... Nome..... data di nascita  
.....residente a ..... in via  
..... telefono ..... classe  
..... della Scuola ..... sita a  
..... in via .....

### il seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco .....

Modalità di somministrazione ..... Dose  
.....

### TRA SCUOLA E FAMIGLIA SI STABILISCE IL SEGUENTE ACCORDO

- i genitori forniscono ai docenti una confezione del farmaco di cui sopra, che viene conservata in luogo protetto nell'armadio della classe;
- i genitori vigileranno sulla data di scadenza del farmaco e provvederanno tempestivamente a sostituire quello scaduto con una nuova confezione;
- tutti i docenti ed il personale addetto al primo soccorso devono essere a conoscenza della ubicazione del farmaco;
- in occasione di una visita guidata, il docente responsabile dovrà mettere nell'apposita borsa di primo soccorso il farmaco salvavita e, al rientro, lo rimetterà nell'armadio della classe;
- durante le lezioni di educazione motoria, il docente incaricato avrà cura di prelevare dall'armadio il farmaco salvavita e di portarlo con sé per utilizzarlo immediatamente con l'allievo in caso di bisogno.

Firma ..... dei ..... genitori  
.....

Firma di tutti i docenti della classe  
.....

Firma degli addetti al primo soccorso in servizio nella scuola

.....  
.....  
.....  
.....