

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo di Valnegrà

**Oggetto: RICHIESTA DEI GENITORI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
ORARIO DI FREQUENZA SCOLASTICA**

Io sottoscritto/a  residente a

Indirizzo  genitore di

frequentante la classe  della Scuola  di

**A** RICHIEDO al personale della struttura scolastica di praticare a mio/a figlio/a le prestazioni  
sanitarie citate nelle prescrizioni del medico curante dr. .

A tal fine DICHIARO di:

- Essere consapevole che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- Autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- Impegnarmi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarmi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

*oppure*

**B** Data l'autonomia di mio figlio nella gestione del suo problema di salute,  
RICHIEDO per mio figlio/a l'AUTO-SOMMINISTRAZIONE del farmaco.

Comunico che il mio recapito per ogni emergenza sarà:

Tel.

Questa delega si intende temporalmente limitata al periodo

**Allego: Certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico.**

Data

In fede \_\_\_\_\_

a.s. 202  / 202

**PRESCRIZIONE SPECIFICA DEI FARMACI DA ASSUMERE  
IN ORARIO SCOLASTICO**

MODULO B

Per l'alunno/a

Cognome  Nome

Data di nascita  Luogo di nascita

Residente a  via

**Si prescrive la somministrazione assoluta e necessaria nel rispetto degli orari indicati, del seguente farmaco:**

Nome del farmaco

Forma farmaceutica

Modalità di somministrazione

Dose  Orario

Durata terapia dal  al

Modalità di conservazione del farmaco

Si sottoscrive che l'alunno/a viste le capacità, maturità personali e la formazione ricevuta; è in grado di effettuare **l'auto somministrazione** del farmaco soprascritto nelle modalità e nei tempi indicati.

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

Data

Timbro e firma del medico curante

\_\_\_\_\_