

# RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE I VIAGGI D'ISTRUZIONE

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

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 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
  - La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - 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.**

In fede,

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

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.**

Data \_\_\_\_\_

# PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

## ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DURANTE I VIAGGI D'ISTRUZIONE

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 SCOLASTICO

### ALL'ALUNNO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

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

AFFETTO DA \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco da somministrare: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Eventuale Orario di somministrazione:

1A dose \_\_\_\_\_; 2A dose \_\_\_\_\_; 3A dose \_\_\_\_\_; 4A 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

TERAPIA D'URGENZA	
NOME COMMERCIALE DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE	
DESCRIZIONE EVENTO CHE RICHIEDE SOMMINISTRAZIONE:	
DOSE:	
MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE:	
MODALITA' DI CONSERVAZIONE:	

Data, \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Medico curante

# DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno \_\_\_\_\_,  
con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico

- ☐ alla somministrazione di farmaci al/la proprio/a figlio/a durante i viaggi d'istruzione,
- ☐ alla sorveglianza dell'auto somministrazione del farmaco da parte del/la proprio/a figlio/a sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre).....

Firma (madre).....