Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo di Villa d' Almè
Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG - Tel: 035 541223 – Fax: 035 636411
CF 80029050160 – CM BGIC889004
e-mail :bgic889004@istruzione.it PEC: bgic889004@pec.istruzione.it -
Web: www.icvilla.edu.it

ALLEGATO 1

Al Dirigente Scolastico
dell'IC di Villa d'Almè

OGGETTO: Richiesta autorizzazione alla somministrazione di farmaci

I sottoscritti _____

in qualità di:
- ☐ genitori
- ☐ tutori
- ☐ affidatari

dello studente (cognome) _____ (nome) _____

nato il _____ a _____ e frequentante nell'anno scolastico _____ / _____ la classe _____ presso _____,

DICHIARANO

che lo studente è affetto da _____
_____

(come descritto nella dichiarazione medica allegata)

PREMESSO

A. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente è in grado di provvedervi autonomamente;
B. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente non è in grado di provvedervi autonomamente;
C. che, in caso di urgenza, potrebbero presentarsi situazioni prevedibili descritte dal medico nella dichiarazione allegata quali: *(specificare le manifestazioni descritte nella dichiarazione medica)*
   _____
   _____
   _____
   _____

AUTORIZZANO

(barrare la/e casella/e)

□ lo **studente stesso alla auto somministrazione** del/dei farmaco/i come indicato nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (**caso A**)

Ministero dell'Istruzione
Istituto Comprensivo di Villa d' Almè
Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG - Tel: 035 541223 – Fax: 035 636411
CF 80029050160 – CM BGIC889004
e-mail :bgic889004@istruzione.it PEC: bgic889004@pec.istruzione.it -
Web: www.icvilla.edu.it

□ il **personale individuato dalla scuola** a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico, secondo le modalità e la posologia indicate nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (**caso B**)

□ nel **caso di urgenza**, solo se si verificano le manifestazioni previste dal medico nella dichiarazione in allegato al presente modulo, il **personale individuato dalla scuola** a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico (**caso C**)

SOLLEVANDO

in tutti e tre i casi il personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

ALLEGANO:

1. dichiarazione rilasciata dal medico curante attestante la patologia, la descrizione del farmaco indispensabile per la malattia e per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia, le modalità di somministrazione e la dichiarazione che lo stesso può essere somministrato anche dal personale individuato*;
2. il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

CONSEGNANO:

1. Il farmaco specificando le modalità di conservazione
_____
_____
_____
_____

2. Altro
_____
_____

COMUNICANO

che i numeri di telefono utili sono:

Genitori, tutori, affidatari _____
_____

Medico Curante _____

Firme dei genitori

_____ _____

Data _____