

Al Dirigente Scolastico

dell'IC Cantù 3

Giovanna Ugga

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale.

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore
- Tutore/affidatario/esercente la potestà genitoriale

di (Cognome) ..... ( Nome ) ..... nato il ..... a  
..... e frequentante nell'anno scolastico ...../..... la classe ..... della scuola  
.....

#### CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine

#### AUTORIZZANO

- La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, che deve esplicitare:

- La assoluta necessità della somministrazione con riferimento a tempistica e posologia della stessa;
- Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco I

Il piano terapeutico, parte integrante della Certificazione dello stato di malattia redatta dal Medico (medico del SSR in convenzione o dipendente di struttura sanitaria accreditata), conterrà necessariamente:

- Nome e cognome dello studente;
- Nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio;
- Principio attivo del farmaco
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- Dose da somministrare;

- Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi) e di conservazione del farmaco, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i (FI);
- Durata e tempistiche della terapia (orario e giorni);
- L'indicazione di prescrizione di adrenalina in caso di rischio di anafilassi .

Numeri di telefono utili:

Medico Curante .....

Genitori .....

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.

Data, ..... Firma .....