



FUTURA



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI

PNRR ISTRUZIONE

Istituto Comprensivo "Don Giovanni Minzoni"

Via XVIII Aprile 2/a – 44011 Argenta (FE) - uffici di segreteria in via Matteotti 24/d Argenta - tel. 0532/805722

feic823006@istruzione.it - feic823006@pec.istruzione.it - C.F.93085180383 – codice univoco UFTNLO

Modulistica per somministrazione farmaci salvavita e indispensabili



In allegato tutta la documentazione e la modulistica necessaria.

Si ricorda che:

- la richiesta e la documentazione medica vanno presentate **ogni anno** alla scuola via mail;
- si potranno somministrare solo **farmaci salvavita o indispensabili**.

La documentazione delle situazioni già in essere dovrà essere compilata e restituita alla scuola ogni anno entro il 1 ottobre.

Per le necessità che dovessero emergere la documentazione va inviata il più presto possibile in modo che la scuola possa attivarsi.



FUTURA

Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI

PNRR ISTRUZIONE

Istituto Comprensivo "Don Giovanni Minzoni"

Via XVIII Aprile 2/a – 44011 Argenta (FE) - uffici di segreteria in via Matteotti 24/d Argenta - tel. 0532/805722

feic823006@istruzione.it - feic823006@pec.istruzione.it - C.F.93085180383 – codice univoco UFTNLO

Allegato 1

RICHIESTA 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 accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata:
Sig/ra.....
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui
autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, e s on e r a n d o l i d a o g n i r
e s p o n s a b i l i t à , c o n s a p e v o l i c h e l a s o m m i n i s t r a z i o n e d e l f a r m a c o n o n r i e n t r a t r a l e
prestazioni previste per detto personale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
 - La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto
somministrazione)
 - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato, Lotto
..... scadenza e relativa prescrizione medica**

Firme congiunte dei genitori esercenti la patria potestà/affidatari/ tutori(Firma unica in caso di esistenza di un solo genit ore esercente la patria
potestà/affidatario/tutore)

In caso di unica firma, il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a
verità, ai sensi del DPR

445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt.316, 337 ter e
337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità 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 la durata della terapia.



FUTURA

Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI

PNRR ISTRUZIONE

Istituto Comprensivo "Don Giovanni Minzoni"

Via XVIII Aprile 2/a – 44011 Argenta (FE) - uffici di segreteria in via Matteotti 24/d Argenta - tel. 0532/805722

feic823006@istruzione.it - feic823006@pec.istruzione.it - C.F.93085180383 – codice univoco UFTNLO

ALLEGATO N. 3 - Autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo

Al Dirigente Scolastico.....

Istituto Comprensivo "Don Giovanni Minzoni"

Via.....

Località.....Provincia.....

e p.c. Ai Genitori di

Constatata la assoluta necessità SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo a :

Cognome e Nome

Nato aprov..... il/...../.....

Residente a Cap..... prov.

In via..... n°.....

Tel..... oppure n°.....

Che frequenta la classe Sez..... della scuola.....

Sita in Località..... cap..... prov.....

Via..... n°.....

A) Somministrazione quotidiana:

Nome commerciale del farmaco

.....

Durata della terapia: dal...../...../..... al/...../.....

Orario e dose da somministrare (barrare la scelta):

- ☐ Mattina ore..... dose.....
- ☐ Pranzo ore..... dose.....
- ☐ Pomeriggio ore..... dose.....

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

Modalità di conservazione.....
.....
.....

Capacità del frequentante ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco
(come da certificazione medica allegata)

SI ☐

NO ☐

B) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco

(specificare farmaco e dose):

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

Modalità e somministrazione.....
.....

Capacità del frequentante ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di
farmaco salvavita (barrare la scelta):

SI ☐

NO ☐

Modalità di conservazione.....
.....
.....

Note per eventuali effetti collaterali.....
.....
.....

Note di formazione specifica per personale incaricato.....
.....
.....

C) Nome commerciale e dose del farmaco salvavita

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

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....
.....

.....
.....

Modalità di conservazione.....

.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....
.....

Note di formazione specifica per personale incaricato

.....
.....

Il farmaco deve sempre seguire il bambino/ragazzo in ogni spostamento al di fuori dell'edificio scolastico.

Data.....

Medico PLS/PdC (Timbro o Firma)

.....

Recapiti telefonici del PLS/PdC

Indirizzo e-mail