



III ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. BRIOSCO"

Scuole dell'infanzia, primarie e secondaria di I grado



Via Lippi, 11 - 35134 Padova (PD)

Tel. 0498207230

C.F. 92199040285 – C.Uff. UFMU7Q

E-mail: pdic888005@istruzione.it

Pec: pdic888005@pec.istruzione.it

Sito Web: www.icbriosco.edu.it

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Briosco"

Anno Scolastico _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno _____

frequentante la classe _____ del plesso _____

DICHIARANO

sulla scorta della **allegata** relazione del dott. _____

che il proprio figlio può incorrere in situazioni (dettagliate nella relazione medica) in cui si rende indispensabile la **somministrazione o autosomministrazione immediata** del farmaco _____ con funzione di salvavita;

CHIEDONO

- ✓ La somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata dichiarazione medica;
- ✓ Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento;
- ✓ Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
- ✓ Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
- ✓ Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
- ✓ Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l'a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
- ✓ Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari (118);
- ✓ Sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica.
- ✓ Il farmaco verrà conservato (indicare il
luogo) _____

e controllato in ordine alla corretta conservazione/data di scadenza direttamente dai sottoscritti.

(BARRARE se del caso)

Chiedono che il/la proprio/a figlio/a possa autosomministrarsi il farmaco di cui all'allegata prescrizione medica.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs.vo 196/2003

SI

NO

Luogo e data

Firma del padre.....

Firma della madre.....

Firma di altra persona esercente la patria potestà.....

Recapiti telefonici

	Numero di cellulare	Numero fisso
Madre		
Padre		
Altra persona esercente la patria potestà		