**MODULO A**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo “A. Manzoni”

Castellanza (VA)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**per patologie croniche o in caso di emergenza**

Il/La sottoscritta/a …………………………………………………………………………………………….

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

cognome ……………………………………………… nome ……………………………………………..

nato/a …………………………………. il ……/……/………… e frequentante nell’anno scolastico

…………/………… la classe ………… sez. ………… della scuola ……………………………………..

di ……………………………………………………………………………………………………………….

essendo il minore affetto da ………………….……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

e constatata l’assoluta necessità

**CHIEDE**

**(barrare le voci che interessano)**

* **sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite**

 la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

 la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata

in data …….…………dal Dott. ……………………………………………………………………………

* **sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante**.

La richiesta è riferita:

**** al periodo dal ……/……/………… al ……/……/…………

**** al corrente anno scolastico …………/…………

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

**Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO C),** recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell’evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data………………….. Firme di entrambi i genitori o tutori

…………………………………………………

…………………………………………………

Numeri di telefono utili:

Medico Curante …………………………………………………………………………………………….

Genitori ………..…………………………………………………………………………………………….

**MODULO B**

Al Dirigente Scolastico

dell’Istituto Comprensivo “A. Manzoni”

Castellanza (VA)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**Per terapie farmacologiche brevi**

Il/La sottoscritta/a ……………………………………………………………………………………………

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

cognome ………………………………………………… nome ……………………………………………

nato/a …………………………………. il ……/……/………… e frequentante nell’anno scolastico …………/………… la classe ………… sez. ………… della scuola ……………………………………..

di ……………………………………………………………………………………………………………….

essendo il minore affetto da …………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………..

e constatata l’assoluta necessità e l’impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

**CHIEDE**

 la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

 la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE

in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data......................... dal Dott. ……………………………………………………………………………

in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

**** al **periodo** dal giorno ……/……/………… al giorno ……/……/…………

**MODALITÀ DI CUSTODIA DEL FARMACO**

 custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)

 custodito dallo/a stesso/a alunno/a

A tal fine:

**AUTORIZZA**

Il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei farmaco/i come indicato**, sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.**

**Allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante,** recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orari e modalità.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Data………………….. Firme di entrambi i genitori o tutori

…………………………………………………

…………………………………………………

Numeri di telefono utili:

Medico Curante …………………………………………………………………………………………….

Genitori ………..…………………………………………………………………………………………….

**MODULO C**

**SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO CURANTE**

**Da allegare al certificato medico**

**Prescrizione specifica dei farmaci da assumere:**

Nome commerciale del farmaco:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Modalità e tempi di somministrazione, posologia: …………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

* **Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico**
* **Necessità di somministrazione dei farmaci da parte di persone esterne alla scuola** (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)
* **Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell’alunno**

**Eventuale descrizione dei sintomi e situazioni che richiedono la somministrazione del farmaco:**

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

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

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

**Indicare la necessità o meno di intervento del 112 al comparire dei sintomi:**

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

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

**Modalità particolari di somministrazione, posizione da far assumere al paziente, condotta del personale e ogni altra informazione utile:** ………………………………………………………………………………………………………………….

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

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

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

**Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace**: …………………………………………………………………………………………………………………

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

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

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

Data, ……/……/………… Medico Curante

…………………………………………