



Istituto Comprensivo Marina di Cerveteri

via Satrico, 27/E – 00052 Marina di Cerveteri – Cerveteri - (Roma)  
 Ambito 11 - Tel. +39.06.99.02.422 – Cod. Fisc. 91017180588 – CodicMecc.RMIC891007  
 PEO: rmic891007@istruzione.it – PEC: rmic891007@pec.istruzione.it – SITO:  
[www.icmarinadicerveteri.gov.it](http://www.icmarinadicerveteri.gov.it)

31/10/2017 - BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO - N. 87

**RICHIESTA**  
**AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

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 o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
- La vigilanza del personale scolastico/formativo (*sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione*)
  - L'affiancamento del personale scolastico/formativo (*controllo delle modalità di auto somministrazione*)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003. **Si consegna non..... confezioni integre, Lotto..... scadenza..... Si allega prescrizione medica.**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

<b>Numeri utili</b>	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
Telefono Medico curante Dott .....	

**NOTA BENE**

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.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

.....

Nato il.....a.....

Residente a .....

In via..... Frequentante la classe..... della scuola.....

sita a ..... in Via..... Dirigente

scolastico.....

Affetto da .....

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Modalità di somministrazione: .....

Orario: 1^ dose .....; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose.....; Durata della

terapia:..... Modalità di

conservazione:.....

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

- Parziale autonomia  Totale autonomia

TERAPIA D'URGENZA

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

.....

.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:.....

.....

Modalità di conservazione:.....

Note.....

Data, .....

Timbro e Firma del Medico curante



Istituto Comprensivo Marina di Cerveteri

via Satrico, 27/E – 00052 Marina di Cerveteri – Cerveteri - (Roma)  
 Ambito 11 - Tel. +39.06.99.02.422 – Cod. Fisc. 91017180588 – Codice Mecc.: RMIC891007  
 PEO: rmic891007@istruzione.it – PEC: [rmic891007@pec.istruzione.it](mailto:rmic891007@pec.istruzione.it) – SITO: [www.icmarinadicerveteri.gov.it](http://www.icmarinadicerveteri.gov.it)

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
 genitore dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... della scuola .....  
 consegna alla segreteria scolastica una confezione nuova e integra del medicinale  
 .....  
 da somministrare al/alla bambino/a come da **PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (allegato 2)**  
 rilasciata in data ..... dal dott. ....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla suddetta somministrazione.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre **comunicerà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento mediante consegna di piano di somministrazione aggiornato.**

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_



Istituto Comprensivo Marina di Cerveteri

via Satrico, 27/E – 00052 Marina di Cerveteri – Cerveteri - (Roma)

Ambito 11 - Tel. +39.06.99.02.422 – Cod. Fisc. 91017180588 – Codice Mecc.: RMIC891007

PEO: rmic891007@istruzione.it – PEC: rmic891007@pec.istruzione.it – SITO: [www.icmarinadicerveteri.gov.it](http://www.icmarinadicerveteri.gov.it)

**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

consegna alla segreteria scolastica una confezione nuova e integra del medicinale..... da somministrare al/alla bambino/a come da **PRESCRIZIONE DEL MEDICOCURANTE(allegato2)** rilasciata in data..... dal dott.....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre **comunicerà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento mediante consegna di piano di somministrazione aggiornato.**
- La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_



via Satrico, 27/E – 00052 Marina di Cerveteri – Cerveteri - (Roma)

Ambito 11 - Tel. +39.06.99.02.422 – Cod. Fisc. 91017180588 – Codice Mecc.: RMIC891007

PEO: rmic891007@istruzione.it – PEC: rmic891007@pec.istruzione.it – SITO: [www.icmarinadicerveteri.gov.it](http://www.icmarinadicerveteri.gov.it)

### **RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura di entrambi i genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti .....

genitori di ..... nato a ..... il .....

residente a ..... in via .....

frequentante la classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in Via .....

Considerato che il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità attestata da **certificazione medica**, chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (*allegato 2*) rilasciata in data

..... dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

*Luogo e Data* ..... il .....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

*Numeri di telefono utili:*

*Pediatra di libera scelta/medico curante* .....

*Genitore* .....

*Genitore* .....