ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ERMANNO CORTIS
INFANZIA - PRIMARIA
SECONDARIA DI 1° GRADO
QUARTUCCIU

Via Ales –09044Quartucciu (CA) –tel 070/845068
e-mail caic87300a@istruzione.it –pec caic87300a@pec.istruzione.it
sito web https://istitutocomprensivoquartucciu.edu.it/
CF 92168500921- CodiceUfficio FatturaPAUFDBRU

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE

Anno scolastico 2025 -2026

I sottoscritti …… e.....,

Genitori/Tutori dell'alunno/a ..... ,

frequentante la classe/ ……. della scuola secondaria/primaria/infanzia ……..

Chiediamo

☐ 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/Sig.ra_____

☐ La somministrazione per il suddetto alunno di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica emessa dal Dott. …… in data .....come indicato in ALLEGATO 1.

A tal fine **autorizziamo** il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e solleviamo lo stesso personale da ogni responsabilità che potrebbe derivare dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica (ALLEGATO 1).

☐ la possibilità che il suddetto alunno si auto-somministri in ambito scolastico la terapia farmacologica di seguito descritta, come da prescrizione medica all'ALLEGATO 1.

Nome commerciale del farmaco …….
Dosi, orari, periodo di somministrazione e Modalità di conservazione come da prescrizione medica all'ALLEGATO 1.

NUMERI DI TELEFONO UTILI: FAMIGLIA: ……... MEDICO: ……...……

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 **SI** **NO**

data ……..

il genitore/tutore

_____

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore

Il/La sottoscritto/a _____dichiara che la scelta di indirizzare alla scuola la

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ERMANNO CORTIS
INFANZIA - PRIMARIA
SECONDARIA DI 1° GRADO
QUARTUCCIU

Via Ales –09044Quartucciu (CA) –tel 070/845068
e-mail caic87300a@istruzione.it –pec caic87300a@pec.istruzione.it
sito web https://istitutocomprensivoquartucciu.edu.it/
CF 92168500921- CodiceUfficio FatturaPAUFDBRU

presente richiesta è presa di comune accordo con il/la Sig./Sig.ra, _____esercente

la responsabilità genitoriale dell'alunno_____

data ……..

In fede

_____

Note

- **La richiesta/autorizzazione deve essere consegnata al Dirigente Scolastico.**
- Essa ha 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.
- Il nome commerciale del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola.

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ERMANNO CORTIS
INFANZIA - PRIMARIA
SECONDARIA DI 1° GRADO
QUARTUCCIU

Via Ales –09044Quartucciu (CA) –tel 070/845068
e-mail caic87300a@istruzione.it –pec caic87300a@pec.istruzione.it
sito web https://istitutocomprensivoquartucciu.edu.it/
CF 92168500921- CodiceUfficio FatturaPAUFDBRU

ALLEGATO 1

PRESCRIZIONE MEDICA

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA A MINORI IN AMBITO SCOLASTICO

(ALLEGARE ALLA RICHIESTA DEI GENITORI)

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO ……..

LUOGO E DATA DI NASCITA …….. PLESSO ……...…… CLASSE ……

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ERMANNO CORTIS
INFANZIA - PRIMARIA
SECONDARIA DI 1° GRADO
QUARTUCCIU

Via Ales –09044Quartucciu (CA) –tel 070/845068
e-mail caic87300a@istruzione.it –pec caic87300a@pec.istruzione.it
sito web https://istitutocomprensivoquartucciu.edu.it/
CF 92168500921- CodiceUfficio FatturaPAUFDBRU

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DEL I.C.S.CORTIS

Vista la richiesta dei genitori/tutori 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 ….……...

PATOLOGIA: ……..

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO (il nome del farmaco deve corrispondere al nome indicato nella confezione da lasciarsi in custodia a scuola): ……

La somministrazione del farmaco:

- può essere eseguita da personale non in possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario? SI NO
- richiesde discrezionalità tecnica da parte del somministratore? SI NO

---

1) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DEI **SINTOMI** CHE RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE URGENTE DEL FARMACO:……
……
……
……
……
……...

2) DESCRIZIONE DETTAGLIATA DELL'**INTERVENTO** TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO:

……
……
……
……
……
…

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE (eventuale autorizzazione all'autosomministrazione):

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ERMANNO CORTIS
INFANZIA - PRIMARIA
SECONDARIA DI 1° GRADO
QUARTUCCIU

Via Ales –09044Quartucciu (CA) –tel 070/845068
e-mail caic87300a@istruzione.it –pec caic87300a@pec.istruzione.it
sito web https://istitutocomprensivoquartucciu.edu.it/
CF 92168500921- CodiceUfficio FatturaPAUFDBRU

……

……

……

……...

3) DOSE: ……

4) ORARIO: 1° DOSE ……..…… 2° DOSE …….. 3° DOSE …...…… 4° DOSE ……..……

5) DURATA DELLA TERAPIA: DAL ……. AL …..……

6) MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO:

……

……

……

……

7) DURATA DEL FARMACO: ..…….

8) INTERVENTI DA ATTUARE DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO:

……

……

……

……

……

……

9) EVENTUALI NOTE DI PRIMO SOCCORSO:

……..……

……

……

……

……...

data ……

IL MEDICO (timbro e firma)

_____

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ERMANNO CORTIS
INFANZIA - PRIMARIA
SECONDARIA DI 1° GRADO
QUARTUCCIU

Via Ales –09044Quartucciu (CA) –tel 070/845068
e-mail caic87300a@istruzione.it –pec caic87300a@pec.istruzione.it
sito web https://istitutocomprensivoquartucciu.edu.it/
CF 92168500921- CodiceUfficio FatturaPAUFDBRU

DELEGA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

I sottoscritti ..…… e.....,

Genitori/Tutori dell'alunno/a ..... ,

frequentante la classe/ ……. della scuola secondaria/primaria/infanzia ……..

DELEGANO

Il/La Sig./Sig.ra _____ad effettuare in orario scolastico all'interno del plesso frequentato dal/dalla proprio/a figlio/a la somministrazione del farmaco come da richiesta e da certificazione medica presentata al dirigente scolastico.

Si accludono le copie fronte retro del documento d'identità della persona delegata.

Luogo_____, data_____

I genitori _____ _____