***Modello da compilare a cura dei genitori***

**Allegato 1**

**Richiesta autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’ I C. “F. Crispi”**

**Ribera**

Il /La sottoscritto/a ……………………………………………………………in qualità di

* Genitore \*
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dell’alunno/a ......................................……………………………….......................... nato/a a.................... il………….............................e frequentante nell'anno scolastico 2024/25 l’I.C. Comprensivo “ F. Crispi” di Ribera classe ………..Sez………… Plesso …………..

## CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

## AUTORIZZA

* **Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**
* **Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Altresì

* autorizzano il figlio a custodire q incaricano la Scuola di custodire il farmaco personalmente il farmaco

## Si allega:

* + **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
  + **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Inoltre

DICHIARANO

* di depositare per tutta la durata della terapia presso la Scuola e, precisamente, nel frigorifero ubicato nel plesso di ………………………., piano…………………………………… il farmaco salvavita ………………………………………………………………………….......
* di consegnare il farmaco in confezione integra, riportante il nome dell’alunno e la classe/sezione di appartenenza.
* di verificare, mediante controlli periodici sul posto, la corretta conservazione del farmaco e di provvedere alla eventuale sostituzione in caso di necessità.

Data ………………………… Firma …………………………………………

Firma …………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Numeri di telefono utili:** | |
| padre | telefono cellulare……………………………………………………………………  telefono fisso……………………………………………………………………… |
| madre | telefono cellulare……………………………………………………………………  telefono fisso……………………………………………………………………… |
| medico curante | telefono cellulare……………………………………………………………………  telefono fisso……………………………………………………………………… |

Note

* La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.
* La richiesta andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.
* Essa ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

**Ribera, …./..../.... Firma\* . . . . . . . . .**

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore esercitante la patria potestà.

***Modello da compilare a cura del medico curante***

**Allegato 2**

**Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’ I C. “F. Crispi”**

**Ribera**

Il minore ….................................................................................................................. ............

nato il …............................residente a....................................................................................

e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

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

Pertanto:

# **Necessita**

* **La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
  + **La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

* + - Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

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

* + - Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

* + - Modalità di conservazione del farmaco

………………………………………………………………………………………………

* + - Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

È prevista l’**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell’alunno **SI □ NO □**

# **Data, …………….. timbro e firma del medico**

# **Recapito in caso di emergenza**

**Allegato 3**

**Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico**

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’ I C. “F. Crispi”**

**Ribera**

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

genitore dell'alunno/a …............................................................................................................

frequentante la classe ..............Sez. …………di questa istituzione, consegna nelle mani di…...........................................................................una confezione nuova ed integra del farmaco da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

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
* comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

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

Il Dirigente.........................................................................................................

Il Personale della scuola (qualifica)...................................................................

I genitori \* .........................................................................................................

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore esercitante la patria potestà.

**Si allega:**

copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Ribera, …........................

***Modello da compilare a cura del personale scolastico***

***All. n. 4***

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’ I C. “F. Crispi”**

**Ribera**

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA’**

**alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Il/La sottoscritto/a , in qualità di

* Docente nell’I.C.” F. Crispi” di Ribera Classe …….. Sez……Plesso ……….
* Collaboratore scolastico nell’I.C.” F. Crispi” di Ribera Plesso ……….piano…………….

ESPRIME

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico per il minore

nato il a ,

frequentante la classe/sez. della Scuola

A tal fine **DICHIARA**

* di aver letto il Regolamento per la somministrazione dei farmaci a Scuola;
* di essere in possesso del titolo di Pronto Soccorso;
* di provvedere alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate dalla famiglia e dal medico curante;
* di partecipare ad eventuali incontri formativi/informativi organizzati dal Dirigente scolastico.
* Allega:

- copia del titolo di Addetto alle Emergenze: Primo Soccorso conseguito il presso

Ribera , …./…../………

FIRMA