

**Allegato 1**

**Al Dirigente Scolastico  
Dell'Istituto \_\_\_\_\_**

**OGGETTO:** richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti .....  
genitori di ..... nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via.....  
n. .... frequentante la classe ..... della Scuola ..... essendo il  
minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare  
orario scolastico

**chiedono che**

al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ ed allegato alla presente;

(oppure)

che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

**Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci**

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fomitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

**Si allega:**

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....  
.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .....cell/abitazione.....  
Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) .....  
cell/studio.....

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI  
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ medico curante dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

Effetti collaterali \_\_\_\_\_

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):

- SI
- NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di seguito indicate:

---



---



---

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti sintomi:

- 1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

---



---



---

- 2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

---



---



---

**DICHIARA INOLTRE**

Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

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

Firma

\_\_\_\_\_