AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"G. PASCOLI" DI GOZZANO

MODULO A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza

Il /La sottoscritto/a ……..

in qualità di ☐ Genitore ☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno/a Cognome …….. Nome ……..

nato/a a …… Il ……e frequentante nell'anno sc. ……/……

la classe …….. sez. ……della Scuola …… di ……

essendo il minore affetto da ……..……

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

☐ sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio/a figlio/a 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 del personale scolastico, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando lo stesso personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (MODULO B) recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e/o 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.

Numeri di telefono utili: **Medico Curante** ……

Genitori ……..

Data …… Firma ……