

	 Ministero dell'Istruzione – Istituto Comprensivo “Ezio Crespi” – VAIC86600x Via Comerio 10 Busto Arsizio (VA) Tel. 0331/684288 Fax 0331695999 E-mail <a href="mailto:VAIC86600x@istruzione.it">VAIC86600x@istruzione.it</a> Sito: <a href="https://www.comprensivocrespi.edu.it">https://www.comprensivocrespi.edu.it</a> PEC: <a href="mailto:VAIC86600x@pec.istruzione.it">VAIC86600x@pec.istruzione.it</a>	
---	--	---

## RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Scuola \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

I sottoscritti: \_\_\_\_\_

genitori di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola di: \_\_\_\_\_

### CHIEDONO

- sia continuata a scuola la terapia prescritta, al proprio figlio, dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, di cui allegano prescrizione medica

S'impegnano a fornire il farmaco e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità.

Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

Busto Arsizio, \_\_\_\_\_

Firma \*: \_\_\_\_\_

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

A seguito della richiesta del \_\_\_\_\_ inoltrata dai genitori di \_\_\_\_\_  
classe \_\_\_\_\_ il dirigente (o suo delegato), il personale della scuola, il medico di comunità ed  
i genitori si sono riuniti ed accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di  
conservazione e somministrazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I genitori autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso  
personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

\_\_\_\_\_

Il Medico di Comunità \_\_\_\_\_ Il Dirigente \_\_\_\_\_

Il Personale della scuola (qualifica) \_\_\_\_\_

Il Genitore \* \_\_\_\_\_

*\* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà .*

Si allega:

- Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria
- Richiesta dei genitori

Busto Arsizio, \_\_\_\_\_