



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE CASAPESENNA

CORSO EUROPA VII TRAVERSA, N.8-10

81030 – CASAPESENNA CASERTA

Tel.0818924580 fax.0818167413 e-mail ceic89600d@istruzione.it

Sito web: www.comprendivocasapesenna.edu.it

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe della scuola.....
 nell'annoscolastico....., affetto da.....
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da
 prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

- 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/ra
- di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
 - La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato,
 Lotto scadenza e relativa prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori 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

Cognome..... Nome

Nato il a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

sita a in Via

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

Salvavita

Indispensabile

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

Parziale autonomia

Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Note.....

(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante

.....

AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE FORMATO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaci:

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig.

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all'alunno/a

scuola classe sez.

il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l'alunno nell'auto-somministrazione, con le procedure indicate nell'allegato B.

1. In caso di somministrazione quotidiana di farmaci, la competenza è del consiglio di classe. La somministrazione del farmaco deve attenersi alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso.
2. In caso di intervento di emergenza, deve intervenire il personale sotto elencato che è adeguatamente addestrato a prestare il primo soccorso.

Per gli alunni ubicati al piano terra le docenti al quale rivolgersi per il Primo Soccorso sono: Della Corte M. Luisa; Di Sarno Mariapia; Martino Nunzia.

Per gli alunni ubicati al primo piano, le docenti al quale rivolgersi per il Primo soccorso sono: Noviello M. Rosaria e Reccia Adriana.

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

(Luogo e Data) il

Il Dirigente Scolastico

.....