



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
**ISTITUTO STATALE COMPRESIVO *Magistri Intelvesi***  
 Via Magistri Intelvesi, 11 - 22023 CENTRO VALLE INTELVI (Como)  
 Tel. 031/830368 – Fax 031/833053  
 CF 80018120131 – Codice Meccanografico COIC80100B  
 Codice Univoco Ufficio UF05FC

e-mail: [coic80100b@istruzione.it](mailto:coic80100b@istruzione.it) – [coic80100b@pec.istruzione.it](mailto:coic80100b@pec.istruzione.it)  
 sito web: [www.icmagistrintelvesi.edu.it](http://www.icmagistrintelvesi.edu.it)



Allegato n.1

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E  
 DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
 Genitori di \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ In Via \_\_\_\_\_  
 Frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_  
 Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_  
 e constatata l'assoluta necessità, chiedendo la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata  
 proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_

I genitori dichiarano di:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Autorizzare, se del caso, l'auto-somministrazione del farmaco.

➤ Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).  SI  NO

Data \_\_\_\_\_ Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale: Padre \_\_\_\_\_  
 Madre \_\_\_\_\_

Numero di telefono utili:

- Genitori \_\_\_\_\_
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

Visto \_\_\_\_\_



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
**ISTITUTO STATALE COMPRESIVO *Magistri Intelvesi***  
 Via Magistri Intelvesi, 11 - 22023 CENTRO VALLE INTELVI (Como)  
 Tel. 031/830368 – Fax 031/833053  
 CF 80018120131 – Codice Meccanografico COIC80100B  
 Codice Univoco Ufficio UF05FC

e-mail: [coic80100b@istruzione.it](mailto:coic80100b@istruzione.it) – [coic80100b@pec.istruzione.it](mailto:coic80100b@pec.istruzione.it)  
 sito web: [www.icmagistrintelvesi.edu.it](http://www.icmagistrintelvesi.edu.it)



Allegato n.2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
 (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
 PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
 In Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Classe \_\_\_\_\_ Della Scuola \_\_\_\_\_  
 Sita a \_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_  
 Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

**Piano Terapeutico del farmaco da somministrare**

Stato di malattia certificato \_\_\_\_\_  
 Nome commerciale del farmaco e principio attivo \_\_\_\_\_  
 Forma farmaceutica \_\_\_\_\_  
 Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ Dosaggio \_\_\_\_\_  
 Orario \_\_\_\_\_ Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico) \_\_\_\_\_  
 Dal \_\_\_\_\_ Al \_\_\_\_\_

Capacità di autosomministrazione perché paziente istruito  SI  NO

Terapia di mantenimento: \_\_\_\_\_

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico \_\_\_\_\_