



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
"G. PERLASCA"

Sede: Via Matteotti, 35 - 20010 Bareggio (MI) | tel. 02/9027951 - fax 02/902795122
MIIC86700T@istruzione.it - www.icsperlasca.gov.it

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

Prot. n° _____

Al Dirigente Scolastico
ICS Perlasca
Via Matteotti 35
20100 Bareggio (MI)

I sottoscritti _____
genitori di _____
frequentante nell'anno scolastico ____ / ____
la scuola _____ classe/sezione _____

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.

Si 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.

Numeri di telefono utili: _____

Bareggio, _____

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.



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
"G. PERLASCA"

Sede: Via Matteotti, 35 - 20010 Bareggio (MI) | tel. 02/9027951 - fax 02/902795122
MIIC86700T@istruzione.it - www.icsperlasca.gov.it

A seguito della richiesta inoltrata, dai genitori di _____
classe/sezione _____, il dirigente (o suo delegato), il personale della scuola, il medico di comunità
e i genitori si sono riuniti e 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:

(timbro e firma)
Il Medico di Comunità

(timbro e firma)
il Dirigente Scolastico

Il personale della scuola: Ins/Prof _____

Ins/Prof _____

Collaboratori scolastici _____

Collaboratori scolastici _____

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

Bareggio, _____



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
"G. PERLASCA"

Sede: Via Matteotti, 35 - 20010 Bareggio (MI) | tel. 02/9027951 - fax 02/902795122
MIC86700T@istruzione.it - www.icsperlasca.gov.it

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Residente _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe _____

Dirigente scolastico _____

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Orario 1a dose _____ 2a dose _____ 3a dose _____ 4a dose _____

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Nome commerciale del farmaco _____

Evento _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Eventuali note di primo soccorso _____

Modalità di conservazione _____

Data _____

Timbro e firma del medico
