

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "Francesco Collecini" di Caserta

Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Vista la richiesta della famiglia alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

Visto il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

Si fornisce formale

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

| Cognome e nome | Indicare se docente o ATA | Firma per disponibilità |
|----------------|---------------------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Caserta ,

Il Dirigente Scolastico in data _____ autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata

Il Dirigente Scolastico
Francesco Collecini

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "Francesco Collecini" di Caserta

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte di personale della scuola) in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) (Nome)

nato il e frequentante nell'anno scolastico /

la Scuola :

dell'Infanzia

Primaria

Secondaria

Classe Sezione.....

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore .

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

In fede.

Data,

Firma

Il minore (Cognome) (Nome)
nato il residente a

**Necessita
della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

durata della terapia

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

Data,

timbro e firma del medic

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. "Francesco Collecini" di Caserta

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) (Nome)

nato il e frequentante nell'anno scolastico /

la Scuola:

dell'Infanzia

Primaria

Secondaria

Classe Sezione

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

*****Eventuale Delega**

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra. A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.

In fede.

Data,

Firma

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori