

Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO "MAX PLANCK"

Via Franchini, 1

31020 Lancenigo di Villorba (TV)

Tel. 0422 6171

e-mail: TVTF04000T@istruzione.it

TVTF04000T@pec.istruzione.it

### **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SAVAVITA**

(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 \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_.

Si precisa che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale scolastico di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e successive modificazioni ed integrazioni (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute della persone).

**SI**

**NO**

Data \_\_\_\_\_

Firma di genitori o di chi esercita la patria potestà:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta /Medico curante

\_\_\_\_\_

- Genitori

\_\_\_\_\_



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,  
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E  
QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,  
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI  
TIPO SANITARIO**

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOME COMMERCIALE del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

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

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Timbro

**ESTRATTO DELLA NORMATIVA**  
**PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA**

---

Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, d'intesa con il Ministero della Salute, emanò, nell'anno 2005 un Atto di Raccomandazione contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitassero di assunzione di farmaci in orario scolastico (Nota MIUR Prot. n. 2312/Dip/Segr del 25 novembre 2005).

**Art. 2 – Tipologia degli interventi** – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle ASL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

**Art. 4 – Modalità d'intervento** – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la presentazione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

**N.B.:** Le richieste delle famiglie con relativa certificazione vengono ricevute e controllate dalla segreteria ed inoltrate in copia al Referente di Sede