



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO "GABRIELE E ARAS FRATTINI"

Scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di I grado di Caravate, Leggiuno, Monvalle, Sangiano
Via XXV Aprile 25 Caravate (VA) 21032 – tel. 0332 601315 – sito web: www.icscaravate.edu.it
Email: segreteria@icscaravate.edu.it - vaic828005@istruzione.it
PEC: vaic828005@pec.istruzione.it - C.F. 83005350125



Prot. n. vedi **segnatura allegata**

Caravate, **vedi segnatura allegata**

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Frattini" - Caravate

Oggetto: richiesta somministrazione farmaci + allegato A (autorizzazione)

I sottoscritti _____,
genitori dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____
della scuola _____

CHIEDONO CHE (segnare OBBLIGATORIAMENTE una delle due opzioni, A o B)

A) sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio/alla propria figlia dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica, attestando la necessità di somministrazione in orario scolastico dei farmaci indicati

OPPURE

B) 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. Comunicano che il farmaco **(segnare OBBLIGATORIAMENTE una delle due opzioni, C o D):**

C) verrà assunto direttamente dall'alunno/a, senza necessità di intervento dell'adulto

OPPURE

D) verrà assunto con necessità di intervento dell'adulto, **sollevandolo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso, poiché la somministrazione non può richiedere competenze sanitarie o discrezionalità decisionale.**

Inoltre comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Recapiti telefonici: _____

Data _____

I genitori o gli esercenti la responsabilità genitoriale*

(* Nel caso la sottoscrizione avvenga da parte di un solo genitore, si ricorda che il sottoscrittore accetta esplicitamente la seguente condizione: "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e quater del Codice Civile, che richiedono **il consenso di entrambi i genitori.**"

Allegato A

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- VISTA la richiesta dei genitori/tutori, allegata alla presente;
- VISTA la documentazione medica allegata alla richiesta;
- VISTO il protocollo di intesa tra regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola, prot. n. 19593 del 13-09-2017;
- ACQUISITA la disponibilità del seguente operatore scolastico/dei seguenti operatori scolastici per la somministrazione dei farmaci stessi (se richiesta dalla famiglia):

_____;

AUTORIZZA

La somministrazione richiesta dai genitori.

Si attesta che il farmaco verrà conservato _____

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione: _____

Caravate,

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Francesca Vanoli