

VERBALE CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

La sig. e il sig.

 , in qualità di genitori dell’alunno/a

 frequentante la classe sez. della scuola

 dell’IC “E. Springer””, in data alle ore , consegnano alla docente coordinatrice di classe una confezione nuova e integra del medicinale da somministrare

all’alunno/a in caso di nella dose prescritta come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il medicinale sarà riposto

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;
* si impegnano a provvedere a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni volta che il medicinale starà per terminare e/o sarà prossimo alla scadenza; inoltre comunicheranno immediatamente alla scuola ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici: mamma: papà: Surbo, / /

I genitori La docente di classe

Alla Dirigente Scolastica dell’IC “E. Springer - Surbo

# Oggetto: richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci in ambito scolastico

I sottoscritti genitori di nato a il residente a in via n. frequentante la classe della scuola dell’Istituto Comprensivo “E. Springer” di Surbo

# CHIEDONO

la possibilità di somministrare allo stesso la necessaria terapia farmacologica in orario scolastico, **come da prescrizione allegata**.

Congiuntamente alla richiesta il/la sottoscritto/a inoltre **DICHIARA** *(barrare le voci di interesse)*

* di somministrare personalmente al proprio figlio la necessaria terapia farmacologica in orario scolastico, previa autorizzazione ad accedere all’edificio scolastico
* di autorizzare, in quanto impossibilitato a recarsi a scuola, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta, sollevando lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante
* di autorizzare il proprio figlio ad auto-somministrarsi la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata e di seguito descritta

# DESCRIZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA

Farmaco Dosi Orari Periodo di somministrazione Modalità di conservazione Medico prescrittore Mamma cell. papà cell

Eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e sollevo detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione.

Surbo, Firma dei genitori

Firma della Dirigente Scolastica

Note importanti

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che deve essere specificata, la validità della richiesta/autorizzazione è per l’anno scolastico nel quale viene presentata e andrà rinnovata all’inizio di ogni anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.