

Modulo 1: "RICHIESTA DEL GENITORE AL DIRIGENTE SCOLASTICO"

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (CHE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO NELL'ESERCIZIO DI DISCREZIONALITÀ TECNICA DA PARTE DELL'ADULTO - ART.2 DELLE RACCOMANDAZIONI MIUR DEL 25/11/2005 - IN AMBITO SCOLASTICO) E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i:

- genitore - tutore _____
- genitore - tutore _____
dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____ residente
a _____ in via _____, frequentante la classe/sezione
della Scuola _____ nell'anno scolastico _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____
preso atto del protocollo esistente tra _____, in materia di somministrazione di farmaci a scuola
adottato in data _____ constatata l'assoluta necessità

chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata prescrizione medica
rilasciata in data _____ dal Dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Accordo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 (i dati sensibili sono i dati
idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI NO

- Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal _____
- Consegna farmaco specifico alla scuola _____
- Altro (specificare solo in caso di mancata consegna del farmaco - es. custodito nello zaino) _____

Contestualmente autorizza/ono:

a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data _____

FIRMA del/i genitore/i o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. _____ Tel. cellulare

Genitori: Telefono fisso _____ Tel. cellulare _____ Tel. di _____

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Modulo 2: "RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE"

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno (o dall'alunno se maggiorenne) e da consegnare al Dirigente scolastico)

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di genitore/tutore

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di genitore/tutore

dell'alunno (Cognome e Nome) _____ nato a _____ il _____ residente a
_____ in via _____ frequentante la classe/sezione _____

della scuola secondaria _____ nell'anno scolastico _____
affetto dalla seguente patologia _____

Comunica

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose _____

Periodo di somministrazione _____

Modalità di conservazione _____

Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Data _____

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

firma del genitore/tutore
o dello studente maggiorenne

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Modulo 3: "PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER TERAPIA DA SOMMINISTRARE IN AMBITO SCOLASTICO"

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario nell'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto (art.2 delle raccomandazioni MIUR del 25/11/2005)

Per il paziente

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Residente a _____
In via _____ Telefono _____

affetto dalla seguente patologia _____

SI PRESCRIBE

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Orario di somministrazione/dose: Prima dose _____ Seconda dose _____

Terza dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Terapia Continuativa SI No (Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

La presente prescrizione viene rilasciata su richiesta del genitore/tutore legale del minore per gli usi consentiti dalla legge ed è valida per il massimo di un anno scolastico salvo modifiche che saranno comunicate a chi di competenza da parte del genitore/tutore legale del minore.

Data

Timbro e firma del MMG/PLS/MS

Al Dirigente Scolastico
Liceo Statale "San Benedetto"
Conversano

Oggetto: Dichiarazione del genitore/tutore per somministrazione farmaco da parte di studente *una tantum*.

. Il/la sottoscritto/a (*) _____ nato/a a _____ (____) il _____/_____/_____ (C.F.: _____) e residente in _____ (____) alla Via/Piazza _____, n. _____, recapito telefonico _____ e indirizzo posta elettronica _____;

. Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____/_____/_____ (C.F.: _____) e residente in _____ (____) alla Via/Piazza _____, n. _____, recapito telefonico _____ e indirizzo posta elettronica _____;

in qualità di (*barcare la voce che interessa*)

- Genitore/i
 Tutore

dell'allievo/a _____ iscritto/a alla classe _____ per il corrente A.S., consapevole/i dell'esistenza del *Protocollo d'Intesa - Per un approccio omogeneo e integrato da attuare in caso di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico*, sottoscritto tra Regione Puglia, ASL ed USR Puglia per il Ministero dell'Istruzione e del Merito (rif. prot. Regione Puglia n. 530983 del 29.10.2024), avendo preso visione delle circolari interne del Liceo *San Benedetto*, tra cui la n. 336 del 30.11.2024, delle proprie responsabilità in caso di dichiarazioni mendaci, falsità di atti e di quanto previsto dalla normativa vigente, pur consapevole dell'esistenza di specifiche procedure, tenuto conto dell'eccezionalità del caso, vista la circ. n. 787/2025,

DICHIARA/NO

- che il proprio/a figlio/a (assistito/a) necessita, in data odierna, della somministrazione di un farmaco nel corso delle attività didattiche;
- di essersi recato personalmente presso codesto Istituto per consentire l'autosomministrazione *una tantum* da parte del proprio figlio/a (assistito/a) del farmaco _____ portato personalmente;
- di assumersi la piena responsabilità per detta somministrazione e per eventuali conseguenze derivanti dalla stessa attività;
- solleva totalmente, da qualsiasi responsabilità civile e penale, derivante dalla somministrazione di detto farmaco, il Dirigente Scolastico, il personale docente e non docente e, in generale, tutto il Liceo *San Benedetto*;
- di essere consapevole che il personale scolastico non è tenuto a somministrare farmaci agli allievi, se non mediante opportuna modulistica presente sul sito web dell'istituto e secondo le procedure già definite in funzione il Protocollo di cui sopra.

Si allegano:

- Copia del documento di riconoscimento del/i richiedente/i.

Conversano, _____

Firma del genitore /tutore delegante

(*) In caso di un solo genitore firmatario, il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del C.C. che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Inoltre, la singola firma vale anche in caso di affidamento del minore ad un solo genitore da parte degli organi competenti.