



“SAN GIUSEPPE”

SCUOLA PARITARIA dell'INFANZIA

Suore Francescane Missionarie d'Egitto dette anche Franc. Missionarie del C.I.M.

Via V. Veneto, 5 - 80145 Napoli

Tel. e fax 081 5434263

Sito www.ISTITUTOSACROCUORE.NET

Indirizzo e-mail direzione@istitutosacrocuore.net COD MECC. NA1A001007

MOD A.1 SOMMINISTRAZIONE FARMACI

**ALLA COORDINATRICE EDUCATIVO-DIDATTICA
della Scuola dell'Infanzia “SAN GIUSEPPE” NAPOLI**

e p.c. AI DOCENTI DELLA SEZIONE _____

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

per patologie croniche o in caso di emergenza

___1___ sottoscritto/a _____

in qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di cognome _____ nome _____

nato/a _____ il _____ e frequentante nell'anno scolastico

20___/ 20___ la sezione _____ della scuola dell'INFANZIA

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

sia continuata in ambito ed orario scolastico, la terapia prescritta al proprio figlio tramite la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data dal Dott. nel seguente orario:

- alle ore _____
- prima dell'ora di lezione di _____
- durante l'ora di lezione _____
- al termine dell'ora di lezione _____
- Altro: _____

il supporto del personale della scuola: SI NO

in caso di richiesta di supporto del personale scolastico precisa che l'alunno/a necessita di supporto):

- durante la somministrazione del farmaco SI NO
- nella vigilanza durante la somministrazione del farmaco SI NO



“SAN GIUSEPPE”

SCUOLA PARITARIA dell'INFANZIA

Suore Francescane Missionarie d'Egitto dette anche Franc. Missionarie del C.I.M.

Via V. Veneto, 5 - 80145 Napoli

Tel. e fax 081 5434263

Sito www.ISTITUTOSACROCUORE.NET

Indirizzo e-mail direzione@istitutosacrocuore.net COD MECC. NA1A001007

a tal fine si allegano le istruzioni per la somministrazione del farmaco predisposte dal medico.

- la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

al periodo dal al

al corrente anno scolastico /.....

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale **non sanitario**, di cui AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante, recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell’evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Con la presente acconsento anche al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data e firma dei genitori o di chi ne fa le veci

In caso di necessità e urgenza comunico il/i seguente/i recapito/i telefonico/i a cui rivolgersi:

_____ risponde il Medico Curante _____

_____ risponde il sig./ra _____

_____ risponde il sig./ra _____

Napoli, _____

Firma leggibile (*) _____

* 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/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.



“SAN GIUSEPPE”

SCUOLA PARITARIA dell'INFANZIA

Suore Francescane Missionarie d'Egitto dette anche Franc. Missionarie del C.I.M.

Via V. Veneto, 5 - 80145 Napoli

Tel. e fax 081 5434263

Sito www.ISTITUTOSACROCUORE.NET

Indirizzo e-mail direzione@istitutosacrocuore.net COD MECC. NA1A001007

MOD A.2 SOMMINISTRAZIONE FARMACI

**ALLA COORDINATRICE EDUCATIVO-DIDATTICA
della Scuola dell'Infanzia “SAN GIUSEPPE” NAPOLI**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
per patologie croniche o in caso di emergenza

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

– Nome commerciale del farmaco: _____

– Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno):

– Modalità e tempi di somministrazione, posologia:

- Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico
- Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)
- Possibilità di autosomministrazione dei farmaci da parte dell'alunno

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:



“SAN GIUSEPPE”

SCUOLA PARITARIA dell'INFANZIA

Suore Francescane Missionarie d'Egitto dette anche Franc. Missionarie del C.I.M.

Via V. Veneto, 5 - 80145 Napoli

Tel. e fax 081 5434263

Sito www.ISTITUTOSACROCUORE.NET

Indirizzo e-mail direzione@istitutosacrocuore.net COD MECC. NA1A001007

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

Napoli, _____

Il Medico Curante



“SAN GIUSEPPE”

SCUOLA PARITARIA dell'INFANZIA

Suore Francescane Missionarie d'Egitto dette anche Franc. Missionarie del C.I.M.

Via V. Veneto, 5 - 80145 Napoli

Tel. e fax 081 5434263

Sito www.ISTITUTOSACROCUORE.NET

Indirizzo e-mail direzione@istitutosacrocuore.net COD MECC. NA1A001007

Prot. n. _____ del _____

Al Sig. _____ Alla Sig.ra _____

Oggetto: Autorizzazione somministrazione farmaci

LA COORDINATRICE EDUCATIVO-DIDATTICA

VISTA la richiesta scritta di somministrazione di farmaci
al figlio/a _____

frequentante la sezione _____

VERIFICATA la correttezza e la completezza della documentazione prodotta;

VERIFICATA la disponibilità e la presenza di personale Addetto al Pronto Soccorso, e altro personale insegnante;

VERIFICATA la possibilità di conservazione e/o somministrazione dei farmaci;

CONSTATATA l'esistenza nell'istituto delle condizioni necessarie per la conservazione e la somministrazione dei farmaci

PROVEDE

affinché tutti gli insegnanti dell'alunno con patologia siano messi correttamente a conoscenza della malattia, della assunzione o auto-assunzione di farmaci in orario scolastico, di che cosa ci si può attendere in una situazione di emergenza, di come intervenire e della loro condizione di osservatori dell'alunno durante la sua permanenza a scuola;

AUTORIZZA

la somministrazione della terapia farmacologica prescritta in ambito e orario scolastico come richiesto.

Napoli, _____

LA COORDINATRICE EDUCATIVO-DIDATTICA
