

## VERBALE CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

La sig. \_\_\_\_\_ e il sig. \_\_\_\_\_, in qualità di genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ dell'IC "Marco Polo", 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: \_\_\_\_\_

Fabriano, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

I genitori

La docente di classe

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

\_\_\_\_\_

Alla Dirigente Scolastica  
dell'IC "Marco Polo" - Fabriano

**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 "Marco Polo" di Fabriano

**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 sollevato detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione.

Fabriano, \_\_\_\_\_

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.