

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Q. Di Vona  
Cassano d'Adda (MI)

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

I sottoscritti .....  
genitori/tutori dell'alunno/a.....  
nato/a a .....  
frequentante la classe/sezione.....  
della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria.....  
essendo il minore affetto da .....

### **CHIEDONO**

che venga autorizzata la somministrazione del farmaco a scuola, come da **certificazione e Piano Terapeutico**.

**I Genitori/tutori dichiarano di :**

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, ecc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

**I Genitori dichiarano di aver istruito adeguatamente il/la proprio/a figlio/a sulla autosomministrazione e di aver constatato che lo stesso ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per quanto riguarda la posologia.**

**sì**      **no**

Recapiti per contatti urgenti: .....

Cassano d'Adda, .....

Firma dei Genitori

.....

**Allegati : Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico**