

ISTITUTO COMPRESIVO MARCO POLO

Via Luigi Fabbri, 1 - 60044 FABRIANO (AN)

l. 0732 21971 Fax 0732 4797 C.F. 90016680424

sito web: icmpolo.edu.it

e-mail: anic84600e@istruzione.it

PEC: anic84600e@pec.istruzione.it

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.

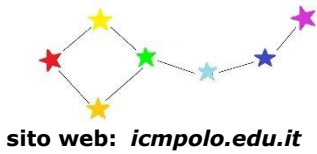
La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

mamma: _____ papà: _____

Fabriano, _____ / _____ / _____

I genitori

Il docente di classe



ISTITUTO COMPRESIVO MARCO POLO

Via Luigi Fabbri, 1 - 60044 FABRIANO (AN)

l. 0732 21971 Fax 0732 4797 C.F. 90016680424

sito web: icmpolo.edu.it e-mail: anic84600e@istruzione.it PEC: anic84600e@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
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 sollevo detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione.

Fabriano, _____

Firma dei genitori

Firma del Dirigente Scolastico

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.