



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo di Villa d' Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d' Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 1

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC di Villa d'Almè**

OGGETTO: Richiesta autorizzazione alla somministrazione di farmaci

I sottoscritti _____

in qualità di: genitori
 tutori
 affidatari

dello studente (cognome) _____ (nome)

nato il _____ a _____ e frequentante nell'anno scolastico _____ /
_____ la classe _____ presso _____,

DICHIARANO

che lo studente è affetto da _____

(come descritto nella dichiarazione medica allegata)

PREMESSO

- A. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente è in grado di provvedervi autonomamente;
- B. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente non è in grado di provvedervi autonomamente;
- C. che, in caso di urgenza, potrebbero presentarsi situazioni prevedibili descritte dal medico nella dichiarazione allegata quali: *(specificare le manifestazioni descritte nella dichiarazione medica)*

AUTORIZZANO

(barrare la/e casella/e)

lo **studente stesso alla auto somministrazione** del/dei farmaco/i come indicato nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (**caso A**)



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo di Villa d' Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d' Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

- il **personale individuato dalla scuola** a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico, secondo le modalità e la posologia indicate nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (**caso B**)
- nel **caso di urgenza**, solo se si verificano le manifestazioni previste dal medico nella dichiarazione in allegato al presente modulo, il **personale individuato dalla scuola** a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico (**caso C**)

SOLLEVANDO

in tutti e tre i casi il personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

ALLEGANO:

1. dichiarazione rilasciata dal medico curante attestante la patologia, la descrizione del farmaco indispensabile per la malattia e per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia, le modalità di somministrazione e la dichiarazione che lo stesso può essere somministrato anche dal personale individuato*;
2. il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

CONSEGNANO:

1. Il farmaco specificando le modalità di conservazione

2. Altro

COMUNICANO

che i numeri di telefono utili sono:

Genitori, tutori, affidatari _____

Medico Curante _____

Firme dei genitori

Data _____