



ISTITUTO COMPRENSIVO DI AIRASCA

via Stazione, 37 - 10060 Airasca (TO) - tel.: 011-9908554/5
PEO: TOIC83500A@istruzione.it PEC: TOIC83500A@pec.istruzione.it
C.F.: 94544250015 - C.M.: TOIC83500A

RICHIESTA/DELEGA

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti (padre) _____ e (madre) _____
in qualità di Genitori/Tutori del minore _____
iscritto per l'anno scolastico _____ presso la scuola/l'istituto _____
classe/sezione _____

CHIEDONO A CODESTA DIREZIONE:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome	qualifica
1.	
2.	
3.	
4.	

a seguire il percorso di formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescrizione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono 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)

☐ SI

☐ NO

In fede

Firma padre _____

Firma madre _____

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto _____ genitore dell'alunno _____

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore
assente _____

Firma _____

Luogo _____ data _____

Numeri di telefono utili:

Medico curante (PLS/MMG)	
Genitore (madre)	
Genitore (padre)	
Altri numeri utili	



ISTITUTO COMPRENSIVO DI AIRASCA

via Stazione, 37 - 10060 Airasca (TO) - tel.: 011-9908554/5
PEO: TOIC83500A@istruzione.it PEC: TOIC83500A@pec.istruzione.it
C.F.: 94544250015 - C.M.: TOIC83500A

ALLEGATO 1 RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico

**Da COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO
e da CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il/i sottoscritto/i _____
genitore/i - tutore/i dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ della scuola _____ nell'anno scolastico _____
Telefono fisso _____
Telefono cellulare _____
Telefono di _____

vista la specifica patologia dell'alunno _____

RICHIEDE

☐ **La somministrazione di farmaci in orario scolastico**

☐ **l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico a:**

- ☐ genitori
- ☐ tutori
- ☐ Sig. _____

per somministrare il farmaco secondo gli orari specificati nella certificazione medica;

☐ **L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione**

☐ **L'intervento specifico da parte di personale scolastico**

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Allega:

Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o intervento specifico necessario

data: _____

Firma: _____



ISTITUTO COMPRENSIVO DI AIRASCA

via Stazione, 37 - 10060 Airasca (TO) - tel.: 011-9908554/5
PEO: TOIC83500A@istruzione.it PEC: TOIC83500A@pec.istruzione.it
C.F.: 94544250015 - C.M.: TOIC83500A

ALLEGATO 3

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SI CERTIFICA per il minore

Cognome _____ Nome _____
Nato il _____ a _____
Residente a _____ in via _____
Iscritto c/o la scuola _____ Classe _____ per l'a.s. _____
affetto dalla seguente patologia _____

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico la seguente terapia farmacologica

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente _____
Modalità di somministrazione _____
Orario di somministrazione/dose _____
Modalità di conservazione del/i farmaco/i _____
Durata terapia _____ dal _____ al _____

oppure

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza

Modalità di somministrazione _____
Dose _____
Modalità di conservazione del/i farmaco/i _____

oppure

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico

Modalità di esecuzione _____

orario di esecuzione

dell'intervento _____

Eventuali note

Luogo e data _____

Timbro e firma del medico _____