### 

**Al Dirigente Scolastico**

dell’Istituto Comprensivo

di SAN MAURIZIO C.SE

Il/i sottoscritto/i ………………………………………………………………………

genitore/i affidatario/i-tutore/i dell’alunno/a…………………………………………

frequentante la classe………………………………………………………..

della scuola………………………………………………………………….

nell’anno scolastico…………………………….

Telefono fisso…………………………………..

Telefono cellulare………………………………

Vista la specifica patologia dell’alunno:…………………………………………

**Richiede/ono**

barrare la /le voce/ci che interessa/no

□ La somministrazione di farmaci in orario scolastico

□ L’intervento specifico ……………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………

□ L’affiancamento e/o la vigilanza nell’autosomministrazione e/o nell’intervento specifico

Allega:

certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l’intervento specifico necessario (ved. pagina 2)

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del/i genitore/i/tutore

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

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

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VISTO: SI AUTORIZZA IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**PER INSEGNANTI: SI SOTTOLINEA L’IMPORTANZA DI AVVISARE LE EVENTUALI SUPPLENTI DELLE PROBLEMATICHE TRAMITE SEGNALAZIONE FACILMENTE REPERIBILE**

**INDICAZIONI**

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L’ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO

Il minore

Cognome……………………………………………………..

Nome ………………………………………………………..

Nato il ……………………………………………………….

Residente a…………………………………………………..

In via……………………………………………………………………………….

Affetto dalla seguente patologia…………………………………………………...

***Presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico la seguente terapia farmacologia***:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

……………………………………………………………………………………………

Modalità di somministrazione……………………………………………………………

Orario di somministrazione del/i farmaco/i………………………………………………

Modalità di conservazione del/i farmaco/i……………………………………………….

e/o

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………………………………………………

e/o

***presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico***

……………………………………………………………………………………………

Modalità di esecuzione:…………………………………………………………………

Orario di esecuzione dell’intervento/i…………………………………………………..

Eventuali note:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Luogo e data Timbro e firma del medico (1)

1. Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l’intervento specifico