

# ISTITUTO COMPRENSIVO "DON LORENZO MILANI"



Via Duca d'Aosta, 24 - 33059 Fiumicello Villa Vicentina (UD)  
C.F. 90020590304 ☎ 0431 972739 🌐 <https://icaquileia.edu.it>  
✉ [udic84600d@istruzione.it](mailto:udic84600d@istruzione.it) - [udic84600d@pec.istruzione.it](mailto:udic84600d@pec.istruzione.it)



*Veleggiare insieme*

Al dirigente scolastico

I.C. "Don Lorenzo Milani" Aquileia

## **RICHIEDA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI O SALVAVITA IN ORARIO SCOLASTICO**

I sottoscritti .....

genitori dell'alunno/a.....

nato/a a ..... il .....

residente a .....

in via .....

frequentante la classe ..... della scuola.....

sita a .....

essendo il minore affetto da.....

come da certificazione medica rilasciata in data ..... dal medico curante

dott.....

chiedono

che l'alunno/a si autosomministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica prescritta.

Consapevoli che l'operazione viene svolta autonomamente dal proprio/a figlio/a, in presenza di personale non sanitario, sollevano l'Istituzione scolastica da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (allegato 2)

Data .....

Firma dei genitori .....

**La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori e deve essere allegata copia del documento di entrambi.**

Numeri di telefono utili:

Madre: .....

Padre: .....

Pediatra o medico famiglia: .....

# ISTITUTO COMPRENSIVO "DON LORENZO MILANI"



Via Duca d'Aosta, 24 - 33059 Fiumicello Villa Vicentina (UD)  
C.F. 90020590304 ☎ 0431 972739 🌐 <https://icaquileia.edu.it>  
✉ [udic84600d@istruzione.it](mailto:udic84600d@istruzione.it) - [udic84600d@pec.istruzione.it](mailto:udic84600d@pec.istruzione.it)



*Veleggiare insieme*

Al Dirigente Scolastico  
dell' I.C. "Don Lorenzo Milani" – Aquileia

## ALLEGATO 1 - PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica che .....

Nato/a a ..... il.....

residente a .....in via.....

frequentante la scuola  infanzia  primaria  secondaria di 1° grado

nella classe .....

è affetto/a da..... e pertanto

necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA in caso di urgenza dovuta al seguente evento.....che si manifesta con i seguenti sintomi.....

Nome commerciale del farmaco:.....

Modalità di somministrazione:.....

Modalità di conservazione: .....

Orario:.....

Durata terapia:.....

Note:.....

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario. Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco; inoltre si certifica la possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite d'istruzione.

Il sottoscritto ritiene inoltre  necessario  non necessario un incontro informativo per il personale somministratore

Data.....

TIMBRO E FIRMA MEDICO

.....

NB: se c'è necessità di più' di un farmaco il modello va compilato separatamente per ogni farmaco