

	<p style="text-align: center;"> <b>ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN"</b>  <b>Via Residenza Archi – 20054 Segrate (Milano)</b>  <b>Tel. 02 264 11 001</b>  <b>e- mail miic8bk00l@icsabin.edu.it      www. icsabin.edu.it</b>  <b>cod. fiscale 97270350156</b>  <b>cod.scuola MIIC8BK00L</b> </p>	
<b>MOD.61 - Allegato Somministrazione Farmaco</b>		<b>MOD.61</b>

## AII.1

- RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE;**
- RICHIESTA AUTORIZZAZIONE VARIAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE;**

I genitori dell'alunno nato a

Il codice fiscale classe Plesso Telefono dei genitori

Richiedono, considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, la somministrazione del farmaco sotto indicato, e autorizzano il Dirigente Scolastico a provvedere all'attuazione delle prescrizione e sollevano il personale scolastico e dell'ATS da ogni responsabilità Sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dal protocollo medesimo e di seguito descritta:

PRINCIPIO ATTIVO	
NOME COMMERCIALE	
FORMA FARMACEUTICA	
MODALITA' SOMMINISTRAZIONE	<input type="checkbox"/> DA TERZI <input type="checkbox"/> AUTOSOMMINISTRAZIONE
DOSAGGIO E ORARI	
DURATA DELLA TERAPIA	DAL_ AL
DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE PREVEDE LA SOMMINISTRAZIONE	

### **In caso di somministrazione di Adrenalina per rischio anafilasi**

NOME DEL FARMACO	
DOSAGGIO E ORARI	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE PREVEDE LA SOMMINISTRAZIONE	

**In caso di auto somministrazione (solo per la scuola secondaria di primo grado):** autorizzano il proprio figlio all'auto somministrazione del farmaco sopra indicato.

**FIRME MEDICO E FAMIGLIA**

<b>NOME E COGNOME DEL MEDICO – QUALIFICA</b>	<input type="checkbox"/> PEDIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO DI FAMIGLIA <input type="checkbox"/> PEDIATRA
<b>FIRMA DEL MEDICO</b>	

Mi impegno:

- A comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione della terapia e/o modalità di somministrazione del farmaco (ricompilare allegato 1);
- A consegnare in segreteria all'inizio dell'anno scolastico il farmaco autorizzato in confezione integra e a ritirarlo al termine dell'anno scolastico, e a verificare la data di scadenza.

In caso firmi un solo genitore egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

data	Firma genitori
VISTA LA DOMANDA E LA COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SI AUTORIZZA	IL DIRIGENTE SCOLASTICO Elisabetta Trisolini