

**Fac-simile di richiesta al Servizio educativo/Scuola/Ente di formazione professionale per la somministrazione di farmaci / specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito scolastico/educativo (in caso di bambino/a - alunno/a minorenni)**

Al responsabile servizi educativi/dirigente scolastico/direttore di ente di formazione professionale

.....  
Via.....  
Comune.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....  
in qualità di genitore/tutore dello/a bambino/a – alunno/a (Cognome e Nome).....  
.....  
Nato/a a .....il.....  
residente a .....in Via.....  
che frequenta la sezione/classe .....  
del servizio educativo/ scuola / ente di formazione .....  
in Via ..... Cap .....  
Comune.....Prov. ....

consapevole che il personale educativo / scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni

CHIEDO (barrare la scelta)

Che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da certificazione medica allegata.

A tal fine consegno n..... di confezioni integre del farmaco stesso.

oppure:

che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da certificazione medica allegata

.....  
.....  
nei seguenti giorni ed orari: .....

In fede

Firma del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

Data .....

**Fac-simile per la comunicazione alla Scuola/Ente di formazione professionale di assunzione di farmaci /  
specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali  
in orario ed ambito scolastico  
(in caso di alunno maggiorenne)**

Al responsabile servizi educativi/dirigente scolastico/direttore di  
ente di formazione professionale

.....

Via.....

Comune.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....

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

residente a ..... in Via..... tel.

.....

studente/studentessa che frequenta la classe .....

della scuola / ente di formazione professionale .....

sita in Via .....Cap .....

Comune .....Prov. ....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze nè funzioni sanitarie e che non è obbligato alla  
somministrazione di farmaci agli alunni

(barrare la scelta)

CHIEDO

che mi sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali come da  
certificazione medica allegata

COMUNICO

che assumo il farmaco / effettuo specifica attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario scolastico come da  
certificazione medica allegata.

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data .....

Loghi AUSL

Servizio di .....

**Fac-simile di certificazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito educativo/scolastico**

Al responsabile servizi educativi/dirigente scolastico/direttore di  
ente di formazione professionale

.....

Via.....

Comune.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito  
educativo/scolastico al bambino/a – alunno/

Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita.....

residente a .....

in Via e n°..... tel famiglia .....

frequentante la sezione / Classe .....

del Servizio educativo/Scuola/Ente di formazione .....

**A) Somministrazione quotidiana del farmaco**

Nome commerciale .....

Durata della terapia:

per tutto l'anno educativo / scolastico in corso

dal ..... al .....

Modalità di conservazione .....

.....

Nota .....

.....

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenni ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta): SI' NO

**B ) Somministrazione al bisogno / in emergenza**

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....  
.....  
.....

Nome commerciale del farmaco .....

Durata della terapia:

per tutto l'anno educativo / scolastico in corso

dal ..... al .....

Modalità di conservazione .....

.....

Nota:

.....  
.....

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta): SI NO

Data .....

Medico AUSL (Timbro e Firma)

Loghi AUSL

Servizio di .....

**Fac-simile di certificazione per le attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario ed ambito educativo / scolastico**

Al responsabile servizi educativi/dirigente scolastico/direttore di ente di formazione professionale

.....

Via.....

Comune.....Provincia.....

Constatata la assoluta necessità **si prescrive** il bambino – a/ alunno - a

Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita.....

residente a .....

in Via e n°..... tel famiglia .....

frequentante la sezione /Classe .....

del Servizio educativo/Scuola/Ente di formazione .....

la seguente attività a supporto vitale:.....

.....

Durata dell'attività:

per tutto l'anno educativo / scolastico in corso

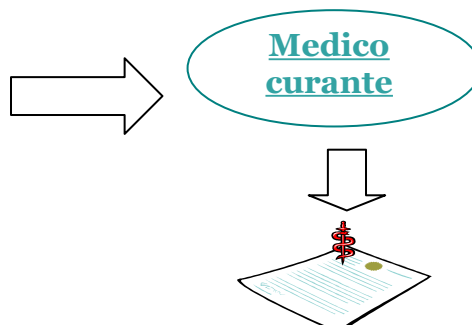
dal ..... al .....

Data .....

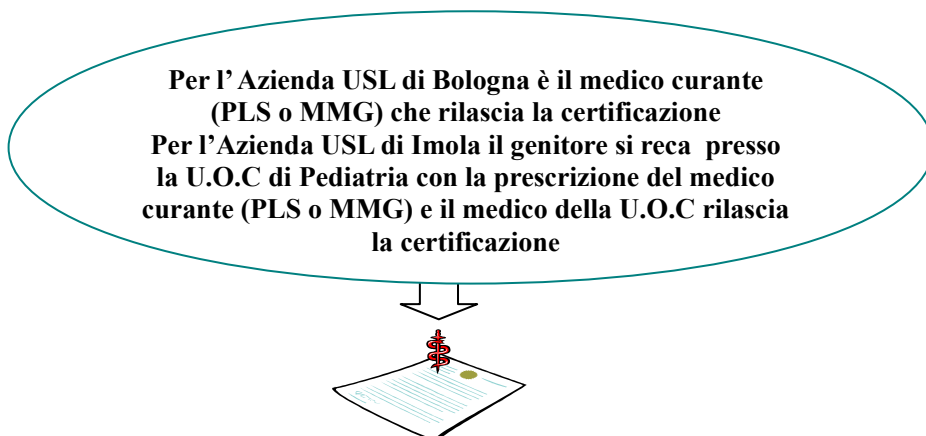
Medico AUSL (Timbro e Firma)



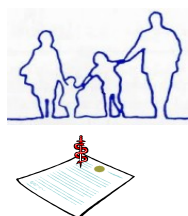
## PERCORSO INTEGRATO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI, SCOLASTICI O FORMATIVI



**Prescrizione per la somministrazione dei farmaci e/o attività di supporto di alcune funzioni vitali**



**Certificazione per la somministrazione dei farmaci e/o attività a supporto di alcune funzioni vitali (allegato 3 e/o 4)**



**Autorizzazione**

**Richiesta per la somministrazione di farmaci e/o attività a supporto di alcune funzioni vitali (allegato 1 o 2)**