

**Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico
e/o di emergenza in ambito scolastico**

Il/La minore (Cognome) _____ (Nome) _____ nato/a il _____

Residente a _____ via _____ n° _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci:

- ☐ salvavita
- ☐ indispensabili

in ambito e in orario scolastico per:

- ☐ patologia cronica
- ☐ patologia acuta

conseguentemente è prevista

- ☐ l'auto-somministrazione dei farmaci indicati da parte del/la minore, sorvegliato/a dal personale della scuola (compilare modulo 2).
- ☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito e orario scolastico.
- ☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie.
- ☐ la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto Socio Sanitario (situazioni "complesse").

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Modalità di conservazione:

☐ è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): _____

Diagnosi e stato di malattia: _____

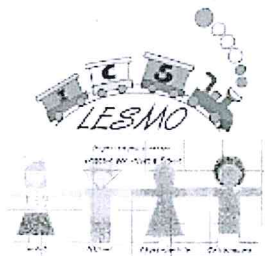
Descrizione dei sintomi/evento che richiedono la somministrazione del farmaco (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica):

Descrizione dei possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli:

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

Data, _____

Timbro e firma del Medico



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale di Lesmo

Via Donna Rosa, 13 - 20855 LESMO (MB) - Cod. Mecc. MBIC8BS008

Tel. 0396065803 - C.F.: 94030860152

E-mail: MBIC8BS008@istruzione.it - Pec: MBIC8BS008@pec.istruzione.it

Sito web: <https://www.icslesmo.edu.it>



Modulo 1

RICHIEDA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il/la minore effetto/a dae constatata l'assoluta necessità,
chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso 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)

Luogo e Data il

Firma di entrambi i genitori

(o, in assenza di uno o di entrambi i genitori, di chi esercita la patria potestà)

.....
.....

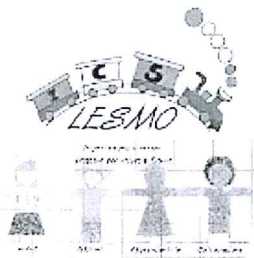
Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante*

Genitori(madre)

.....(padre)

* Si ricorda di segnalare tempestivamente in segreteria eventuali cambi del pediatra/medico curante
(ad es. al compimento del 14^{esimo} anno dell'alunno/a)



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale di Lesmo

Via Donna Rosa, 13 - 20855 LESMO (MB) - Cod. Mecc. MBIC8BS008

Tel. 0396065803 - C.F.: 94030860152

E-mail: MBIC8BS008@istruzione.it - Pec: MBIC8BS008@pec.istruzione.it

Sito web: <https://www.icslesmo.edu.it>



Modulo 2

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il/la minore effetto/a da e constatata l'assoluta necessità,
chiedono che **il/la minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia
farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica
rilasciata in data dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso 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)

Luogo e Data il

Firma di entrambi i genitori

(o, in assenza di uno o di entrambi i genitori, di chi esercita la patria potestà)

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante*

Genitori(madre)

.....(padre)

* Si ricorda di segnalare tempestivamente in segreteria eventuali cambi del pediatra/medico curante (ad
es. al compimento del 14^{esimo} anno dell'alunno/a)