



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO DI BORGOSATOLLO
con sezioni di scuola dell'infanzia, classi primaria e secondaria di 1° grado
via Roma 42 - 25010 Borgosatollo (BS) tel.030/2501557 Fax 030/2508868
sito internet <http://www.istitutocomprensivoborgosatollo.gov.it>
Codice Fiscale 98040230173 Codice Meccanografico BSIC84600P - Distretto 41

LIBERATORIA PER LA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI
(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a
e da consegnare presso la segreteria dell'I.C. Borgosatollo)

I sottoscritti _____
genitori /esercitanti la potestà genitoriale dell'alunno/a _____ nato/a
a _____ il _____ residente a
_____ in via _____ n° _____ frequentante la
classe _____ sez. _____ della Scuola _____ essendo il minore
affetto da _____ e constatata l'assoluta
necessità,

CHIEDONO la somministrazione indispensabile ed indifferibile in ambito scolastico ed orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello/a studente (ivi comprese uscite didattiche, viaggi d'istruzione, progetti svolti con il gruppo classe, ...) dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

e **AUTORIZZANO** il proprio figlio/a all'autosomministrazione del farmaco.

Eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e si solleva detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione.

Il farmaco sarà conservato (specificare luogo e modalità di conservazione del farmaco, per es. nel frigorifero dell'infermeria, nello zaino, in un apposito contenitore rigido, ...):

- dalla scuola _____
 dall'alunno _____

Nel caso in cui il farmaco sia conservato dall'alunno, i genitori sollevano la scuola da qualsiasi responsabilità inerente la custodia dello stesso (come rottura accidentale della confezione, smarrimento, controllo della scadenza, ect.)

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) .



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

ISTITUTO COMPRESIVO DI BORGOSATOLLO

con sezioni di scuola dell'infanzia, classi primaria e secondaria di 1° grado

Via Roma 42 - 25010 Borgosatollo (BS) tel.030/2501557 Fax 030/2508868

Sito internet <http://www.istitutocomprensivoborgosatollo.gov.it>

Codice Fiscale 98040230173 Codice Meccanografico BSIC84600P - Distretto 41

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) .

SI

NO

Borgosatollo, li _____

Firma dei genitori o esercenti la patria potestà

Prot. N.

Del.

(Mod. P.04/E)



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO COMPRENSIVO DI BORGOSATOLLO
 con sezioni di scuola dell'infanzia, classi primaria e secondaria di 1° grado
 via Roma 42 - 25010 Borgosatollo (BS) tel.030/2501557 Fax 030/2508868
 e-mail bsic84600p@istruzione.it bsic84600p@pec.istruzione.it
 sito internet <http://www.istitutocomprensivoborgosatollo.edu.it>
 Codice Fiscale 98040230173 Codice Meccanografico BSIC84600P



Allegato n. 3

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
 (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
 PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE
 LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE
 NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....Residente a.....

in via.....Telefono.....

Classe.....della Scuola.....

Sita a.....in via.....

Dirigente Scolastico.....

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....

Dose.....

Orario.....Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico).....

Dal.....al.....

Terapia di mantenimento.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata)

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note.....
.....

Data

Timbro e firma del medico