



# ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "FOLLADOR-DE ROSSI"

Sito web: [www.folladorderossi.gov.it](http://www.folladorderossi.gov.it)

Sede principale: AGORDO (BL) 32021 – Via Insurrezione, 19/a – Tel. 0437/62015 – Fax 0437/63360

Sede FALCADE (BL) 32020 Via Trieste, 25 Tel. 0437/507182 – Fax 0437/507104

blis00600e@istruzione.it ♦ blis00600e@pec.istruzione.it



## MODELLO 1

### **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE E/O AUTORIZZAZIONE ALLA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI PER PATOLOGIE CRONICHE CHE RICHIEDONO FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO/CONVITTUALE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, genitore / soggetto esercente la  
responsabilità genitoriale del minore \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
frequentante l'Istituto Superiore "U. Follador" – BLIS00600E (Cod. Fisc. 80004960250), avente sede in  
Agordo (BL) in Via Insurrezione nr. 19/a e dimorante in convitto presso la struttura di Falcade (BL), Via  
Trieste nr. 25,

#### PRESO ATTO

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

#### CONSTATATO CHE

L'Istituto in indirizzo non garantisce la presenza nell'arco delle 24 ore della giornata del personale  
infermieristico presso la struttura scolastica

#### PRESO ALTRESÌ ATTO

del divieto per gli alunni/convittori di detenere personalmente farmaci ad eccezione dei cd. farmaci  
salvavita

#### DATO ATTO CHE

il minore è affetto da \_\_\_\_\_  
come da certificazione medica qui allegata, e constatatane la assoluta necessità

CHIEDE

- Sia continuata a scuola/convitto la terapia prescritta al proprio figlio tramite
- La SOMMINISTRAZIONE da parte del personale infermieristico al minore sopra indicato
  - in assenza di personale infermieristico la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato ed in orario di scuola/convitto,

del/i farmaco/i \_\_\_\_\_;

La richiesta è riferita:

- al periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
- al corrente anno scolastico \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

A tal fine precisa che l'AUTOSOMMINISTRAZIONE del farmaco è effettuabile da parte del minore che lo scrivente dichiara essere autonomo nell'auto-somministrazione del farmaco e responsabile della custodia di farmaci.

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola/convitto, per patologie croniche, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'intervento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Comunicherà, altresì, immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Sollewa, infine, il personale della scuola/convitto ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori e/o soggetto esercente la responsabilità genitoriale del minore

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e D.M. 305/2006.

Firma dei genitori e/o soggetto esercente la responsabilità genitoriale del minore

---

---