

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AIELLO DEL SABATO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado ad indirizzo musicale
con sedi associate di CESINALI - CONTRADA - SAN MICHELE DI SERINO - SANTO STEFANO DEL SOLE

Via Croce, n.1 83020 Aiello del Sabato (AV) - tel. 0825-666033

cod. fiscale 92088160640 cod. meccanografico: AVIC88300E

e-mail : avic88300e@istruzione.it - avic88300e@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
dell' I.C. Di Aiello del Sabato

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci salvavita (da parte di personale della scuola) in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) (Nome)

nato il e frequentante nell'anno scolastico

la Scuola :

dell'Infanzia Primaria Secondaria di

Classe Sezione

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore .

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Aiello del Sabato,

Firma



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AIELLO DEL SABATO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado ad indirizzo musicale

con sedi associate di CESINALI – CONTRADA - SAN MICHELE DI SERINO – SANTO STEFANO DEL SOLE

Via Croce, n.1 83020 Aiello del Sabato (AV) – tel. 0825-666033

cod. fiscale 92088160640 cod. meccanografico: AVIC88300E

e-mail : avic88300e@istruzione.it-avic88300e@pec.istruzione.it

Al Dirigente Scolastico
Dell' Istituto Comprensivo Statale
di Aiello del Sabato (AV)

Oggetto: Verbale per consegna medicinale.

Alunno/a.....

In data.....alle ore..... la/il Sig.....

genitore dell'alunno/a,.....

frequentante la classe sez.....della scuola.....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....da somministrare al bambino/a in caso di

dose..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata

alla presente, rilasciata in data.....dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....
Aiello del Sabato,

Il genitore

Le insegnanti

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE AIELLO DEL SABATO

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado ad indirizzo musicale
con sedi associate di CESINALI – CONTRADA - SAN MICHELE DI SERINO – SANTO STEFANO DEL SOLE

Via Croce, n.1 83020 Aiello del Sabato (AV) – tel. 0825-666033

cod. fiscale 92088160640 cod. meccanografico: AVIC88300E

e-mail : avic88300e@istruzione.it-avic88300e@pec.istruzione.it

Al Personale Docente

Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco.

All'alunno/a.....frequentante la classe.....
..... sez.....della scuola.....

a seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
dal sig.....
per il figlio/a.....
relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile, Il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare in caso di nella dose di come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione:..... (indicare il luogo dove sarà conservato)

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:

Aiello del Sabato,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Elena Casalino

Per presa visione e conferma disponibilità

Personale Docente

Personale ATA

