



ISTITUTO COMPRENSIVO San Benigno C.se
C.so Italia, 34 – 10080 SAN BENIGNO C.SE (TO)
Tel . 011/988.0562 - C.F. 92521270014 – CODICE SCUOLA TOIC8BG00B
e-mail: TOIC8BG00B@ISTRUZIONE.IT – PEC: TOIC8BG00B@PEC.ISTRUZIONE.IT

Allegato 1

Richiesta al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i
genitore/i affidatario/i-tutore/i dell'alunno/a.....
frequentante la classe.....
della scuola.....
nell'anno scolastico.....
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....

Vista la specifica patologia dell'alunno:.....
.....

Richiede/ono

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico
- L'intervento specifico
- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

barrare la /le voce/ci che interessa/no

Allega:

- certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data

Firma del/i genitore/i/tutore

Allegato 2

RICHIESTA/DELEGA

Al Dirigente Scolastico /Direttore Agenzia Formativa)Prof.....

Direzione Didattica /Istituto/Agenzia.....

I sottoscritti (padre)..... e (madre).....
in qualità di Genitori/Tutori del minore.....
iscritto per l'anno scolastico.....presso la scuola/l'istituto/agenzia.....
.....
classe/sezione.....

chiedono a codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome

qualifica

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, **delegano formalmente** il personale scolastico o dell'agenzia formativa in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono 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

In fede (firma padre)..... (firma madre).....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto.....genitore dell'alunno.....

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente.....

Firma.....

Luogo..... data.....

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre).....
- Genitore (madre).....
- Altri numeri utili.....

Allegato 3

**INDICAZIONI
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI
INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il minore

Cognome.....
Nome.....
Nato il.....
Residente a.....
In via.....
Affetto dalla seguente patologia.....

Presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologia:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....
Modalità di somministrazione.....
Orario di somministrazione del/i farmaco/i.....
Modalità di conservazione del/i farmaco/i
e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....
Modalità di somministrazione.....
Dose.....
Modalità di conservazione del/i farmaco/i.....
e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico

.....
Modalità di esecuzione:.....
Orario di esecuzione dell'intervento/i.....

Eventuali note:

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

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico