*Allegato A*

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

AI Dirigente Scolastico

I.I.S. “A. M. JACI”

- Messina -

ll/La sottoscritto/a docente/ATA presso la scuola

formazione primo soccorso SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziale) della classe

Dichiara

* la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.
* la propria disponibilità a partecipare, a titolo volontario, a un incontro di formazione sulla somministrazione di *farmaci* a scuola.

DATA / / FIRMA

**Allegato** B

# PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

# ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità si prescrive all'alunno/a

Cognome Nome

Data di nascita  *I* / residente a

In via

Telefono Classe

della Scuola sita a in via

Dirigente Scolastico

# la somministrazione, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico,

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1a dose 2a dose 3a dose 4a dose

Durata terapia: dal / / al  *l*

Modalità di conservazione del farmaco Note

Data  *I I*

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra