



ISTITUTO COMPRESIVO
Diego Vitrioli – Principe di Piemonte
Via Possidonea, 19 - 89125 Reggio Calabria (RC)

Tel. 0965.891530
Email: rcic87300e@istruzione.it
PEC: rcic87300e@pec.istruzione.it
www.vitrioliprincipepiemonte.edu.it
C.M.: RCIC87300E – C.F.: 92081440809 – C.U.: UFCETB

IC "VITRIOLI-P. DI PIEMONTE"- RC
Prot. 0006721 del 03/10/2019
(Uscita)

Ai Genitori degli alunni
Ai docenti
Ai coordinatori di classe
AL SITO
ALLA BACHECA Docenti

OGGETTO: Comunicazioni Allergie/Intolleranze ad alimenti e materiale di vario genere.

Le SS.LL. in indirizzo sono invitate a comunicare la segnalazione di eventuali allergie, intolleranze e/o patologie di cui sono affetti i propri figli iscritti nella nostre scuole.

La predetta comunicazione, redatta sullo stampato sotto riportato, deve essere consegnata all'Ufficio di segreteria entro e non oltre il 10 Ottobre 2019, con allegata certificazione medica .

F.to Il Dirigente Scolastico
(Dott.ssa Maria Morabito)

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa)

?

N.B. da Staccare e riconsegnare agli uffici di segreteria

***Al Dirigente Scolastico
dell' ISTITUTO COMPRESIVO "Vitrioli-P.Piemonte"
Via Possidonea,19- Reggio Cal.***

I sottoscritt_ COGNOME _____ NOME _____

I sottoscritt_ COGNOME _____ NOME _____

Genitori/tutori dell'alunno/a _____

frequentante la ☐ Scuola d'infanzia / ☐ Primaria/ ☐ Secondaria di 1°Gr. classe _____ sezione _____

plesso _____ dichiara di prendere visione della comunicazione del _____,

prot. n. _____ avente per oggetto: comunicazione Allergie, Intolleranze e/o Patologie

DICHIARANO

☐ che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a ai seguenti alimenti e/o sostanze come da certificato medico allegato

☐ che il/la proprio/a figlio/a è affetto da patologia come da certificato medico allegato

☐ che sono necessari medicinali e/o farmaci salvavita per i quali si produrranno formali richieste di somministrazione al D.S. su i moduli **ALL. 1 E ALL. 2** o di auto somministrazione (all. 2 e 4)

Qualora si presentino cambiamenti della situazione appena dichiarata, la famiglia è tenuta a comunicarlo tempestivamente alla scuola.

Reggio Calabria, _____

Firma di entrambi i genitori (o tutori)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al dirigente scolastico)

I sottoscritti _____

genitori di _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____

Essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci
come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal
dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di
cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento 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

Data _____

firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

- Genitori _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
ALLA SOMMINISTRAZIONE o AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE o AUTOSOMMINISTRAZIONE (*cancellare la voce che non interessa*) DEI FARMACI
SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO o dell'alunno stesso (*cancellare la voce che
non interessa*) , IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO 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: 1^ dose _____ 2^dose _____ 3^dose _____ 4^dose _____

Durata terapia: dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note *descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco*

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

Allegato 4

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

I sottoscritti genitori
di nato a il residente a
..... in via frequentante la
classe della Scuola sita a
..... in Via Essendo il
minore effetto da e constatata l'assoluta necessità, chiedono che il
minore si **auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del
personale della scuola, come da allegata autorizzazione e di seguito descritta:

- Nome del farmaco: _____
- Dosi: _____
- Periodo di somministrazione: _____
- Ora/e di somministrazione: _____
- Eventuale modalità di conservazione

Dichiara di aver istruito adeguatamente il proprio figlio sulla autosomministrazione e di aver constatato
che lo stesso ha raggiunto un'abilità adeguata per la pratica autonoma, sia in merito alla modalità sia per
quanto riguarda la posologia.

Luogo e Data il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà
.....

Numeri di telefono utili:

Medico curante

Genitori