

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti _____ e .. _____

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

nell'anno scolastico _____, affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data _____ dal

Dott. _____

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

- di **accedere** alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi **delegata**: Sig/ra _____
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale;
- che il minore si **auto-somministri** la terapia farmacologica con
 - o La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - o L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto
.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica.

In fede,

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

Data _____

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

Numeri utili

Telefono fisso _____

Telefono cellulare _____

Telefono Medico curante (Dott _____)

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____ della scuola _____

sita a _____ in Via _____

AFFETTO DA _____

Nome commerciale del farmaco da somministrare: _____

Modalità di somministrazione: _____

Eventuale Orario di somministrazione:

1A dose _____; 2A dose _____; 3A dose _____; 4A dose _____

Durata della terapia: _____

Modalità di conservazione: _____

CAPACITÀ DELL'ALUNNO/A AD EFFETTUARE L'AUTO SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO AD ECCEZIONE CHE SI TRATTI DI FARMACO SALVAVITA (barrare la scelta):

Parziale autonomia Totale autonomia

TERAPIA D'URGENZA

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE	
DESCRIZIONE EVENTO CHE RICHIEDE SOMMINISTRAZIONE:	
DOSE:	
MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE:	
MODALITA' DI CONSERVAZIONE:	

Data, _____

Timbro e Firma del Medico curante

DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno _____,
con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico

-
- alla somministrazione di farmaci al/la proprio/a figlio/a in orario scolastico/formativo,
 - alla sorveglianza dell'autosomministrazione del farmaco da parte del/la proprio/a figlio/a

sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre).....

Firma (madre).....