RICHIESTA 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, 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:

- □ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- □ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n…… confezioni integre del farmaco denominato ……....., Lotto …… scadenza ……. e relativa prescrizione medica

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.**

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso ……. Tel cell ……..

Tel. Genitori: tel fisso ……. Tel cell …….

Tel. medico curante Dott. ..... tel. ……

NB:
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.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

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 il. .....

a.....

Residente a

.....

In

via.....

… Frequentante la classe…… della

scuola…… sita a ……. in Via

……. Affetto da

……. **Nome**

commerciale del farmaco da somministrare: .....

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐ **Salvavita** ☐ **Indispensabile**

Modalità di somministrazione:

.....

Orario: 1^ dose .....; 2^ dose……; 3^ dose……; 4^ dose……;

Durata della terapia:

……

Modalità di conservazione:

……

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

☐ **Parziale autonomia** ☐ **Totale autonomia**

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

……

Descrizione dell'evento che richiede la

somministrazione……

……

……

Dose:

……

Modalità di somministrazione:

.....

Modalità di conservazione:

.....

Note……

……

……

……

(Luogo e Data) ..... il .....

Timbro e Firma del Medico curante

……..

COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
(in caso di alunno/a maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

……

nato a ……..

il…… residente a ……. in

Via…….. tel ……

studente/studentessa che frequenta la classe …… sez ……..

scuola

……

sita in Via …….. Cap

…… Località ……..

Prov……

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale) ……
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)
(barrare la scelta):

SI ☐ NO ☐

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dell'interessato/a

……..