

OGGETTO: **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI - ALLEGATO A**

I sottoscritti _____
genitori/tutori dell'alunna/o _____
nata/o a _____ il _____
residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____
frequentante l'I.C. GIORGIO GABER, classe _____ sezione _____ Scuola:

- INFANZIA
- PRIMARIA
- SECONDARIA DI 1° GRADO

Essendo il minore affetto da _____
e constatata l'assoluta necessità, chiedono:

- Accesso** nei locali scolastici al/alla sottoscritto/a e alle seguenti persone delegate, al fine di provvedere alla somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata prescrizione medica:

1. _____
(Cognome e nome) (Documento di riconoscimento)
2. _____
(Cognome e nome) (Documento di riconoscimento)
3. _____
(Cognome e nome) (Documento di riconoscimento)

- Auto-somministrazione** da parte del minore, che è in grado di farlo con la vigilanza del personale della scuola, in ambito ed orario scolastico, della terapia farmacologica, come da allegata autorizzazione medica

- Somministrazione** in ambito ed orario scolastico dei farmaci, da parte del personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico, come da allegata prescrizione medica

Si allega prescrizione medica rilasciata dal Dott. _____ in data _____

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano il Dirigente e il personale scolastico da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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

Nel caso della firma di un solo genitore/tutore lo stesso, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data _____

Firma di entrambi i genitori/tutori _____

Numeri di telefono utili

Madre _____ Padre _____

Pediatra di famiglia/Medico curante _____

Altro (specificare) _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Pediatra di famiglia/Medico di medicina generale)

Attestato lo stato di malattia dell'alunno (certificazione allegata), vista la richiesta dei genitori e constatata l'**assoluta necessità**, si prescrive la somministrazione necessaria in ambito ed orario scolastico dei farmaci sotto indicati **da parte di personale NON SANITARIO** all'alunna/o:

Cognome _____ Nome _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

FARMACI INDISPENSABILI

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Posologia _____

Durata terapia: dal _____ al _____ intero anno scolastico

Possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Posologia _____

Durata terapia: dal _____ al _____ intero anno scolastico

Possibili effetti collaterali ed interventi necessari per affrontarli _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

FARMACI SALVAVITA - TERAPIA D'URGENZA

Farmaco _____

Dose _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____

Modalità di somministrazione _____

Possibili effetti collaterali ed gli interventi necessari per affrontarli _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Dichiaro che le terapie di cui sopra non richiedono cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; **dichiara, pertanto, che la somministrazione può essere effettuata da parte di personale non sanitario.**

Dichiaro, inoltre, che il minore PUÒ NON PUÒ auto-somministrarsi la terapia farmacologica sotto l'attenta vigilanza del personale della scuola.

Data _____

Timbro e firma del Medico
