

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA - INDISPENSABILI
AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe..... sez..... Plesso
nell'anno scolastico....., affetto da.....
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione
medica quivi allegata, rilasciata in datadal 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.....
(allegare documento di identità del somministratore esterno)
- delegano il personale scolastico già formato ed incaricato ad effettuare la prestazione, e lo **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
 - A. La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento del personale scolastico (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 del Dott.

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

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Roma, _____

| Numeri utili | | |
|-------------------------------------|-------|-------|
| Telefono fisso..... | | |
| Telefono cellulare..... | | |
| Telefono Medico curante (Dott.....) | | |

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.

**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 ain Via.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a 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 dell'evento che richiede la somministrazione:.....

.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

Roma,

Timbro e Firma del Medico curante

NB L'allegato 2 può essere sostituito da un certificato medico che contenga le stesse informazioni

**COMUNICAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
(in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a (Cognome e Nome)

incaricato alla somministrazione dei farmaci, con formale nomina,

COMUNICO

che il giorno..... alle ore ho proceduto a somministrare il farmaco,

(scrivere nome commerciale).....

consegnato dai genitori/esercenti la responsabilità genitoriale, al minore:

Cognome e nome

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

plesso

come da certificazione medica depositata in segreteria didattica

In fede

Firma del somministratore

.....

Roma,

L'ALLEGATO 3 deve essere compilato e consegnato in segreteria didattica dopo la somministrazione del farmaco, a cura del somministratore.

**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 ail.....
residente ain Via.....
tel.....
studente/studentessa che frequenta la classe sez.....
scuola.....
sita in ViaCap.....
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

Firma dell'interessato/a

.....

Roma,