

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a _____
genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente _____
nato a _____ il ____/____/____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
frequentante la classe _____ della scuola primaria _____
scuola secondaria di primo grado _____
scuola secondaria di secondo grado _____
sita a _____ in Via _____
essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN)Dr. _____ nell'allegata prescrizione redatta in data ____/____/____/

☐ **sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Ci impegnamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

☐ **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili**

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma

Data _____

Accenso al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

NOTE A RETRO PAGINA

Data _____

Firma

(ai sensi del DPR 445/2000) ¹

Firma

(ai sensi del DPR 445/2000) ²

In caso di firma di un solo genitore

I_ sottoscritt_ padre/madre, dichiara di avere effettuato tale richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale, consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione mendace, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, DICHIARA che _I_ padre/madre è a conoscenza ed acconsente alla presente richiesta di uscita autonoma dell'alunno/a da scuola.

Data _____

Genitore unico firmatario

(ai sensi del DPR 445/2000) ³

1, 2, 3 Allegare copia documento riconoscimento valido del genitore che rende la dichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000.

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente scolastico della scuola frequentata.
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa.
- In caso di cambio di istituto deve essere ripresentata.
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.
- eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.

***PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE***

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di Famiglia ☐ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ e constatata l'assoluta necessità:

**PRESCRIVE
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE
VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome _____

nato a _____ il ____/____/____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

scuola secondaria di secondo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____ al _____; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro del Medico

Data _____
