

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) _____
nata/o a _____ il _____
frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

(indicare con una crocetta l'opzione scelta)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a
☐ che il/la sig./ra _____ da me formalmente
delegato possa accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

oppure:

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

CHIEDO

(indicare con una crocetta l'opzione scelta)

- ☐ la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico
☐ l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____

Nel caso di richiesta di **auto-somministrazione**, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio/a nell'auto-somministrazione del farmaco e (indicare con una crocetta l'opzione scelta)

- ☐ autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco
☐ incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno/a prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico.

=====

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. 196/03 e del D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola e ne garantirà la sostituzione alla scadenza. Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

(data)

(Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Considerata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico allo/a studente:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di conservazione dei farmaci

.....
.....
.....

Eventuali norme di primo soccorso

.....
.....
.....
.....

Periodo di validità della prescrizione:

(data)

(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____

Si allega specifica nota informativa.