RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE / STUDENTE [redacted] E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a _____

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente/studente [redacted] __
_____

nato a _____il ___/___/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo gado_____

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/al sottoscritto maggiorenne 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 impegniamo 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/il sottoscritto maggiorenne 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 _____ _____

Acconsento 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

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO **Allegato 2**

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 e/o 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 non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore essendo eseguibile **anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

_____
_____

Firma e timbro del Medico

Data _____ _____