

Modulo 02 – Richiesta di somministrazione farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno

- ☐ Al Dirigente Scolastico
- ☐ Al Coordinatore dell'Asilo Nido
- ☐ Al Responsabile del Centro Ricreativo Estivo Diurno

della Scuola, Asilo Nido, centro ricreativo estivo (barrare la dizione pertinente)
COMUNE DI _____

Noi sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

In qualità di: ☐ ☐ genitori ☐ ☐ soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

☐ tutore, curatore, amministratore di sostegno

Di

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

oppure

Io sottoscritto (se maggiorenne) Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ presso la scuola/Asilo Nido/Centro ricreativo estivo _____ (denominazione)

sito in Via _____ n° _____ Comune di: _____

nell'anno scolastico _____

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico/educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

Da parte di:

- ☐ Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto
- ☐ Minore/ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i
- ☐ Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate):

A tal fine:

SI IMPEGNA/NO A:

- fornire alla scuola/asilo nido/Centro ricreativo Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc),
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola/asilo nido/centro ricreativo estivo non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01).

Recapiti telefonici:

- Genitori _____
- Soggetto richiedente _____
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno _____
- Medico certificante _____
- Altri numeri utili _____

Data: ____/____/____

Firma

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.