

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome *Cognome e Nome*

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____
Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico¹ **in caso di emergenza** dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco **è fattibile anche da parte di personale non sanitario** e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si dichiara che i/il farmaci/o saranno/sarà conservati/o _____.

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e particolari ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n.196/2003 e degli artt. 9 e 13 del Regolamento Europeo 2016/679.

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la responsabilità
genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la responsabilità
genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____ Genitori: _____

¹ La procedura permette la somministrazione dei farmaci in caso di necessità durante lo svolgimento delle attività curricolari e non durante le attività extracurricolari alle quali gli studenti accedono singolarmente, in quanto per queste ultime non è garantita la presenza del personale individuato per la somministrazione. In caso di malore durante le attività extracurricolari, quindi, il personale presente contatterà la famiglia e il 118.

Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

non sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

1° FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

2° FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

Data, _____

Timbro e Firma del medico