



Mod. 540 - Richiesta al DS

(Allegato 1)

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari - tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe della scuola
 nell'anno scolastico, affetto da
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione
 medica allegata, rilasciata in data dal Dott.

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
 - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n. confezioni integre, Lotto Scadenza.....

Si allega prescrizione medica.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

Numeri utili		
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....)		

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.



Mod. 540 - Prescrizione medico

(Allegato 2)

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
 SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
 IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO, ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome
 nato/a il a
 residente a
 in via
 frequentante la classe della scuola
 sita a in
 Dirigente scolastico
 Affetto/a da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose 2^a dose..... 3^a dose..... 4^a dose.....

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

- Parziale autonomia** **Totale autonomia**

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:
 Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

 Dose:
 Modalità di somministrazione:
 Modalità di conservazione:

Note

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

.....