

Al Dirigente Scolastico
IC Don Gnocchi
Arese – via dei Gelsi, 1

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____

genitori/tutori del minore _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ sez. _____ scuola _____

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci di seguito descritta, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____ .

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

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico pertanto

CHIEDONO

che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione di:

Somministrazione farmaco

Dose

Orario/i

Periodo di somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Firma dei Genitori

Contestualmente, i sottoscritti genitori/tutori del minore _____

AUTORIZZANO e SOLLEVANO

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: _____

I sottoscritti dichiarano di essere consapevoli che la scuola può utilizzare i dati contenuti nella presente richiesta esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali per i quali la richiesta viene effettuata. (Legge 31.12.1996, n. 675 Tutela della privacy. art. 27).

Firma dei Genitori

La presente richiesta può essere accolta solo in presenza di certificazione medica, che contenga tutti gli elementi indicati nel modulo 2.

Modulo 2

LA CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO DEVE contenere in modo inequivocabile i seguenti dati:

- ✓ riferimenti identificativi chiari del medico curante (dell'alunno) che emette la certificazione stessa;
 - ✓ riferimenti identificativi chiari dell'alunno (nome e cognome - data e luogo di nascita - classe - scuola)
 - ✓ indicazione CHE L'ALUNNO E' AFFETTO DA (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco)
-
- ✓ nome commerciale farmaco
 - ✓ dose da somministrare
 - ✓ modalità conservazione
 - ✓ descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto: ...
 - ✓ se invece trattasi di farmaci da somministrare in caso di urgenza (o al bisogno) descrivere i sintomi per riconoscere la necessità o il bisogno
 - ✓ **la certificazione medica deve contenere inoltre la DICHIARAZIONE** che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.
 - ✓ **QUALORA** venga richiesta la auto-somministrazione del farmaco, il medico deve certificare tale possibilità (di auto somministrazione) da parte dell'alunno (sulla base di una valutazione effettuata per età, esperienza, addestramento del minore).

Al Dirigente Scolastico
IC Don Gnocchi
Arese – via dei Gelsi, 1

RICHIESTA PER INTERVENTI DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____

genitori/tutori del minore _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ sez. _____ scuola _____

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la auto-somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci di seguito descritta, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile autonomamente da parte del minore, che per età, esperienza e addestramento può essere autorizzato.

I sottoscritti, a conoscenza della responsabilità che tale autorizzazione comporta

CHIEDONO

che il Dirigente scolastico autorizzi il minore _____
alla auto-somministrazione di:

Farmaco

Dose

Orario/i

Periodo di somministrazione

Modalità di conservazione del farmaco

Firma dei Genitori

