**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO

E DA CONSEGNARE ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA)

I sottoscritti...............................................................................................................................

................................................................................................................................................

genitori di..................................................................................................................................

nato a ....................................................il................................................................................

residente a ............................................... in via.......................................................................

frequentante la classe..............della Scuola……...........................................................................

sita a ................................................. in Via…………..................................................................

Essendo il minore effetto da …...................................................................................................

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..........................dal dr. ….............................................................................................................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

 SI NO

Data.............................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

............................................ ................................................

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/medico curante …………………................................................................

• Genitori .................................................................................................................................

**Verbale per consegna medicinale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Specificare se farmaco salvavita o indispensabile)*

**Alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

In data..........alle ore.......... la/il sig. …......................................................... genitore dell'alunno/a,...................................................................... frequentante la classe......... della.scuola........................................consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale........................................ da somministrare all’alunno/a in caso di .................................................. nella dose...............................:come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data …...................dal Dr. ...........................................................

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Siziano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il genitore Le insegnanti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori;

Constatata l’assoluta necessità;

Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità;

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL’ALUNNO/A**

Cognome ……………………………………………. Nome ……………………………………………………………………

Data di nascita …………………………………… Residente a ……………………………………………………………

In via ……………………………………………………….n………… Telefono……………………………………………..

**DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE**

(specificare se farmaco salvavita o indispensabile)

Stato di salute dell’alunno/a per cui è necessaria la somministrazione del farmaco………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Nome commerciale del farmaco……………………………………………………………………………………………..

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco (con l’attivazione della formazione in situazione in casi specifici) ……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………..……………………………………………………………………

Modalità di somministrazione…………………………………………..… Dose ……………………………………….

Orario: 1^ dose ………………….………… 2^ dose ……………….………. 3^ dose ………………………………

Durata terapia: dal ……………………………… al …………………………….

Modalità di conservazione del farmaco…………………………………………………………………

Note …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_