RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato n. 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti _____ e_____

genitori dello/a studente/ssa _____

Nato/a a _____il__/__/____ CF | | | | | | | | | | | | | | | | |

frequentante la classe _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

essendo lo/la studente/ssa affetto da _____

CHIEDONO

Che il farmaco indicato dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) Dr._____ nell'allegata prescrizione redatta in data __/__/____

sia somministrato a nostro/a figlio/a dal personale della scuola

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del farmaco e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Oppure chiedono che, in alternativa

nostro/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili.

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr._____tel._____
- Genitori: Madre cell.:_____Padre cell.:_____

Data _____ Firma

_____

_____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 169/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREE per eventuali interventi in regime di urgenza

Data _____ Firma

_____

_____

SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO **Allegato n. 2**

PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE

Il/La sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di Famiglia ☐ Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori dello/a studente/ssa interessato/a e constatata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA

Nome e cognome_____

Nato/a _____il__/__/____ CF | | | | | | | | | | | | | | | |

frequentante la classe _____ della Scuola _____

sita a _____ in via _____

essendo lo/la studente/ssa affetto/a da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo _____
- Nome commerciale _____
- Forma farmaceutica _____
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del farmaco:
  ☐ In frigo ☐ a temperatura ambiente
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:
  _____
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione:
- ☐ autosomministrazione ☐ da parte di terzi.

In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive _____

Data _____ Firma e timbro del Medico

_____