## RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti .......................................................................... e …………………………………………………..…………..

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ........................................................................…………….………..

□ frequentante la classe.............................. della scuola................................................................................................

□ frequentante il corso................................. dell’Agenzia formativa................................................................................

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
  +  La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
  +  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.

## PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

***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

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

Nato il....................................................................... a........................................................................................................................

Residente a ........................................................................................................................................................................................

In via............................................................………………………………………………………………………………………………......

Frequentante la classe……………………………….della scuola…………………………………………………………………………....

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

Dirigente scolastico………………………………………………………………………………………………………………………………

Affetto da ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Nome commerciale del farmaco da somministrare**: .......................................................................................................

**Modalità di somministrazione:** ..........................................................................................................................

**Orario:** 1^ dose ....................; 2^ dose……….……….; 3^ dose……….………….; 4^ 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

Al Dirigente scolastico del Liceo Montale

**Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

**Vista** la richiesta della famiglia (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

**Visto** il Protocollo dell’Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l’assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

**si fornisce formale**

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Firma

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

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

Il Dirigente Scolastico in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

autorizza il personale scolastico in elenco

alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella/e certificazione/i medica/mediche giunte al sottoscritto con regolare richiesta dei genitori.

Il Dirigente scolastico

Prof. Francesco Rossi

……………………………………...

# COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

**(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico del Liceo Montale

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)……………………………………………………………………………………….

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

residente a ………………………..in Via…………………………………………………………………………………...

tel………………………………………………………………………………………………………………………………

studente/studentessa che frequenta la classe ……………………………… sez ..………………………..….……….

scuola …………………………………………………………………...........................................................................

sita in Via ………………………………………………..……………………………………………….Cap ……..………

Località …………………………………………………………………………………………………. Prov….……..……

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale)………………………………………………..…

come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI □ NO □

In fede

Firma dell’interessato/a

………………………………………………

Data, ……………………………