RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO

A.S. _____

Al Dirigente Scolastico "IC Leonardo da Vinci – Ciampino"

I sottoscritti _____ e _____

in qualità di genitori/affidatari/tutori dell'alunno/a _____

frequentante la ☐ scuola primaria ☐ scuola infanzia presso la sezione/classe _____

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 il/la sig./sig.ra _____ come persona delegata;

☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui autorizzano **formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa, 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 *(barrare con una X)*:

(_) la vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

(_) l'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n° ..... confezioni integre del farmaco denominato _____

Lotto_____scadenza___/___/____

Si allega prescrizione medica con specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco e copia documenti d'identità dei genitori/affidatari/tutori.

Ciampino____/___/___/

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

…….. ……. …….

"Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale dell'alunno/a, il quale conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso la presente delega, in osservanza delle disposizioni responsabilità genitoriale, di cui agli art.316, 337 ter e 337 quater del codice civile."

Firma

……..

Numeri di telefono utili

Telefono genitori		
Telefono genitori		
Medico curante		

NB: La richiesta/autorizzazione firmata con firma olografa va inviata al Dirigente Scolastico all'indirizzo e-mail **rmic8a000e@istruzione.it**

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

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… ..... plesso
.....
sita a
….....in Via
……
Affetto da
……
……..

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

Modalitàdi somministrazione:.....
Orario: 1^ dose .....; 2^ dose……; 3^ dose.....; 4^
dose
.....
;

Duratadellaterapia:
……
……..……....

Modalità di conservazione:
……
…….

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmacosalvavita (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……

(Luogo e Data) **…….** il **.....**

Timbro e Firma del Medico curante
……