

I sottoscritti e
in qualità di genitori – affidatari - tutori dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola
primaria/secondaria (barrare l'ordine di scuola) sede via Volsinio sede via S.Maria Goretti

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)

- che sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza, come da prescrizione medica allegata
- che sia continuata a scuola la terapia prescritta al/la proprio/a figlio/a dal Medico curante o Centro di riferimento, di cui allegano prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità. In tal caso chiedono:
 - di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco al/la proprio/a figlio/a
 - di consentire l'accesso a scuola per la somministrazione del farmaco alla persona da loro delegata, Sig/ra _____
 - 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, 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 (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - l'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Consegnano n..... confezioni integre, lotto..... scadenza.....
Allegano prescrizione medica (allegato 1)

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.**

Data, _____

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Numeri utili

Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Pediatra di libera scelta/Medico curante (dott..... recapito telefonico)

N.B.

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 E ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome

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

Residente ain via

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

sita ain Via.....

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

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno/a.....

frequentante l'Istituto Comprensivo Via Volsinio, classe di scuola

primaria/secondaria (barrare l'ordine di scuola) sede via Volsinio sede via S.Maria Goretti

Nome e Cognome dell'operatore scolastico e profilo professionale

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

Data.....

Firma Operatore Scolastico

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico

DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno/a....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al/alla proprio/a figlio/a in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandolo da ogni responsabilità.

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO