

ALLEGATO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno all'inizio dell'anno scolastico)

I sottoscritti Sig.ra.....

Sig.....

- Genitori ☐
- Altri esercenti potestà genitoriale☐/tutore☐/affidatario di legge☐ sulla base del disposto.....del.....
- Alunno maggiorenne ☐

dell'alunno.....

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

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

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

sita ain via.....

Essendo l'alunno affetto da

Come da certificazione medico-specialistica allegata, rilasciata dal Dott.....

in data..... e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da prescrizione e posologia medica allegata.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) n.679 del 27 Aprile 2016.

(i dati personali sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data.....//.....//.....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita altro ruolo di legge_____

Firma dell'alunno_____

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE /DELEGA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO/RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti Sig.ra.....e Sig

in qualità di genitori dell'alunno/a.....

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

nell'anno scolastico....., affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico, come

da prescrizione medica allegata, rilasciata in data.....//.....//.....dal Dott/Dott.ssa......

CHIEDONO

(barrare la voce interessata)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco al proprio figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata Sig.
- di rispettare le norme previste in materia di prevenzione del Covid-19 per l'accesso nelle scuole;
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzo formalmente** fin da ora l'intervento consapevole che l'azione di delega non esclude comunque la responsabilità dei genitori o di essi delegati, nella realizzazione degli interventi concordati. *Art. 6 MIUR – ufficio scolastico regionale per il Lazio 25/11/2005.*
- che l'alunno si autosomministri la terapia farmacologica con:

1.la vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta autosomministrazione) ☐

2.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 Regolamento (UE) n.679 del 27 Aprile 2016 e del D.Lgs. n.101/2018.

In data...//...//...si consegnano n.confezioni integre, n. Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Firma dei genitori o Esercenti la potestà genitoriale/altro ruolo di legge

Firma dell'alunno (maggiorenne)_____

Allegato 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI FAMIGLIA /MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità e acquisita eventuale documentazione dello specialista

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

La somministrazione di tale farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi lo somministra.

ALUNNO/A

Cognome.....Nome.....

Data e Luogo di nascita.....Residente a

In Via.....Telefono.....

Classe.....della Scuola.....

Sita a.....in Via.....

Dirigente Scolastico.....

del seguente farmaco IN CONTINUITA' TERAPEUTICA *

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....Dosaggio.....

Orario somministrazione.....

Durata della terapia: dalal.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

TERAPIA D'URGENZA*

Farmaco.....

Dose.....

Modalità di somministrazione.....

Note.....

Data.....//.....//.....

Timbro e firma del Medico.....

***RIEMPIRE SOLO IL CAMPO CORRISPONDENTE**

ALLEGATO A

RICHIESTA PRESA IN CARICO

DA INVIARE ENTRO IL _____

NUOVA RICHIESTA INTERVENUTA IN DATA _____

Anno Scolastico _____

Il Dirigente Scolastico _____

Il Docente Referente _____

PATOLOGIA/CRONICITA' RILEVATA	N° CASI	ORDINE E GRADO DI ISTRUZIONE	PLESSO SCOLASTICO FREQUENTATO

NOTE ED OSSERVAZIONI

Data _____

Il Dirigente Scolastico