

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC IV Stanziale
Di San Giorgio a Cremano

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACO ALUNNI

IL/LA SOTTOSCRITT _____ Cognome e Nome _____

Genitore dell'alunno/a Cognome e Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Iscritto/a presso questo Istituto Comprensivo per l'a.s. _____

Alla Scuola dell'Infanzia/ Primaria/ Secondaria

CONSEGNA

La documentazione relativa alla somministrazione del/i farmaco/i salvavita _____

E allega la certificazione del medico.

San Giorgio a Cremano, _____

Firma

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: _____ e _____
Cognome e Nome Cognome e Nome

in veste di: genitori o soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: _____
Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

essendo il minore affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata dal medico

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : _____ dal Dott. _____

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario

Sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

Autorizzano

il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco in caso di urgenza dovuta a

.....
che si manifesta con la seguente sintomatologia.....

Accconsentono al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03 e del Regolamento UE 679/2016.

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà
genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: _____

Genitori: _____

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: _____

Cognome e Nome

nato a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ della scuola: _____

con sede in Via: _____ del Comune di: _____

affetto da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione del/i farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

1°FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

2°FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

Data, _____

Timbro e Firma del medico