**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO** [Allegato 1]

***DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE***

***AL DIRIGENTE SCOLASTICO***

Noi sottoscritti – Io sottoscritto/a 

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente 

nato a  il  C.F. 

frequentante la classe  della

Infanzia est

Infanzia ovest

Primaria Bellavere

Primaria XXVI Aprile

Secondaria di primo grado

sita a  in Via 

essendo lo studente affetto da 

**CHIEDONO / CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) Dr. nell’allegata prescrizione redatta in data 

**sia / siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Ci impegnamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

**mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili**

**Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità**

* Medico Prescrittore: Dr.tel. 
* Genitori: Madre cell.  Padre cell. 

Data  Firma

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

**Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili** da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Data  Firma

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

**SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO** [Allegato 2]

***PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE***

Il / La sottoscritto/a Dr./ssa 

Qualifica:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Medico di Medicina Generale | Pediatra di Famiglia | Medico Specialista del SSR |

Vista la richiesta dei genitori / del genitore / dello stesso studente interessato e constata l’assoluta necessità:

**PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e Cognome 

nato a  il  C.F. 

frequentante la classe  della

Infanzia est

Infanzia ovest

Primaria Bellavere

Primaria XXVI Aprile

Secondaria di primo grado

sita a  in Via 

essendo lo studente affetto da 

**DEL SEGUENTE FARMACO**

* Principio attivo 
* Nome commerciale 
* Forma farmaceutica 
* Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo de/i farmaco/i
* Durata della somministrazione (entro i limiti dell’anno scolastico, dal  al ; continuativa; al bisogno)
* Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco



* Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**



* Eventuali note aggiuntive



Data  Firma e timbro del Medico

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