**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO

E DA CONSEGNARE ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA)

I sottoscritti...............................................................................................................................

................................................................................................................................................

genitori di..................................................................................................................................

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

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

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

sita a ................................................. in Via…………..................................................................

Essendo il minore effetto da …...................................................................................................

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..........................dal dr. ….............................................................................................................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

SI NO

Data.............................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

............................................ ................................................

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/medico curante …………………................................................................

• Genitori .................................................................................................................................

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

**Vista** la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità;

**Vista** la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

**Vista** la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL’ALUNNO/A**

Cognome ……………………………………………. Nome …………………………………………………………………

Data di nascita …………………………………… Residente a …………………………………………………………

In via ……………………………………………………….n………… Telefono……………………………………………..

**DEL SEGUENTE FARMACO SALVAVITA/INDISPENSABILE**

(specificare se farmaco salvavita o indispensabile)

Stato di salute dell’alunno/a per cui è necessaria la somministrazione del farmaco ………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nome commerciale del farmaco……………………………………………………………………………………………..

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco (con l’attivazione della formazione in situazione in casi specifici) ……………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………..……………………………………………………………………

Modalità di somministrazione …………………………………………..… Dose ……………………………………….

Orario: 1^ dose ………………….………… 2^ dose ……………….………. 3^ dose ………………………………

Durata terapia: dal ……………………………… al …………………………….

Modalità di conservazione del farmaco …………………………………………………………………

Note …………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

****

**Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca**

Istituto Comprensivo “Cremona Quattro” -

Via Corte, 1 – 26100 - Cremona \* Tel. 0372 43 42 01 \* sito web: wwwiccremonaquattro.gov.it

C.F. 80005640190\*Cod. Mecc. CRIC82200G\*

**AI GENITORI DELL’ALUNNO/A**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

**Vista** la richiesta della famiglia (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

**Visto** il Protocollo dell’Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l’assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

**Si fornisce formale**

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Luogo e data…………………….

Il Dirigente Scolastico in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizza il personale scolastico in elenco:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Indicare se docente o ATA** | **Firma per disponibilità** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata

IL DIRIGENTE SCOLASTICO