

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno: Cognome _____ Nome _____

frequentante la Classe _____ Sez. _____ Plesso _____ anno scolastico ____/____

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale educativo , docente e ATA della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03) SI NO

In fede
Cesate, _____

Firma di entrambi i 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;
- Costata l'assoluta necessità;
- Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né esercizio di discrezionalità.

Si prescrive all'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

NECESSITA

La somministrazione di farmaci in ambito e in orario scolastico, da parte di personale non sanitario.

La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario.

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del farmaco:

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Durata della terapia

(nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

Modalità di conservazione del farmaco

E' prevista l'auto- somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno/a

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per:

Data, _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale
o Pediatra
