

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO **Allegato 1****DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Noi sottoscritti - lo sottoscritto/a _____
genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente _____
nato a _____ il ____/____/____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
frequentante la classe _____ della scuola primaria _____
scuola secondaria di primo grado _____
scuola secondaria di secondo grado _____
sita a _____ in Via _____
essendo lo studente affetto da _____

I sottoscritti.....
genitori dell'alunno/a

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/no 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 impegniamo 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 ambitoscolastico 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.: _____

Firma

Data _____

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

RICHIESTA 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 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 ____/____/____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola primaria _

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 del/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 del farmaco è fattibile anche da parte
di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Firma e timbro**data**
