

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico

Il /La sottoscritto/a in qualità di Genitore */ Soggetto che esercita la potestà genitoriale di.....

nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico 2014/15 il plesso classe.....

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** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**
- Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Si allega:

Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria

Allegato n° 2 attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Luogo

Firma

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico

Il minore

nato ilresidente a.....

e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....

Pertanto necessita:

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....

.....

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

.....

.....

.....

- Modalità di conservazione del farmaco

.....

- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

È prevista l'**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell'alunno

SI

NO

Luogo,/...../.....

timbro e firma del medico Recapito in caso di emergenza

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Al Dirigente Scolastico

In data alle ore la/il sig.....

genitore dell'alunno/a.....

frequentante la classe del plesso consegna nelle mani di

..... una confezione nuova ed integra del

farmaco..... da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate

e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogniqualvolta il medicinale sarà terminato;
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori*.....

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

Si allega:

copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione dei farmaci in orario scolastico

Luogo,

Allegato 4
Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso la Direzione dell'Istituto, dal/i Sig.

.....

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

Luogo ,

Allegato 5
Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe
presso il Plesso dell'Istituto.....,
considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....della classe.....

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Luogo,...../...../.....

FIRMA