

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a il _____ residente a _____ () via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica**
- patologia acuta**

conseguentemente è prevista:

- l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto Socio Sanitario (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i

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

Modalità di conservazione _____

- è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico) _____

Diagnosi e stato di malattia _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita"

(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete)

Data, _____

timbro e firma del medico

Mod. 02

(richiesta di somministrazione di farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o da chi esercita la potestà genitoriale)

(da restituire in Segreteria debitamente compilato e firmato dai genitori dell'alunno)

Al Dirigente Scolastico
IC "Rita Levi Montalcini Lissone (MB)

I sottoscritti,

Madre: cognome _____ nome _____

Padre: cognome _____ nome _____

Genitori Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome _____

Nome _____

nato/a il _____ a _____ (prov. _____)

frequentante la Classe/Sezione _____ nell'anno scolastico _____ / _____ presso la Scuola _____

CHIEDE

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

A tal fine:

SI IMPEGNA

a consegnare il farmaco alla Scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

AUTORIZZA

Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando**, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nel **Mod. 01**

Si allega la certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Data, _____ Firma _____