

Allegato n. 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA TRASMETTERE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

esclusivamente a mezzo posta elettronica all'indirizzo chic80800a@istruzione.it

La consegna a mano all'Ufficio Protocollo - **esclusivamente previa richiesta di appuntamento – sarà consentita solo in caso di effettivo impedimento, opportunamente documentato, ad inoltrare la richiesta a mezzo posta**

I sottoscrittiRecapiti tel.....
.....Recapiti tel.....

genitori dell'alunno

nato a il

residente a in via

frequentante la classe della Scuola

sita a in via

Essendo il minore affetto dae constatata l'assoluta necessità,

chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dott.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si **autorizza** fin d'ora l'intervento, inoltre si solleva da ogni responsabilità tutto il personale nel caso di complicazioni nonostante si sia intervenuti tempestivamente sulla/o bambina/o eseguendo tutto ciò che è stato descritto nel certificato medico.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03, del DGPR 679/2016 e D.lgs 101/18.

SI

NO

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Recapiti tel.: Pediatra /Medico _____ Genitori _____

E-mail: Pediatra /Medico _____ Genitori _____

VALUTATI la presente richiesta, il certificato medico allegato, la disponibilità del Docente/Coll.Sco. e la fattibilità organizzativa;
Il Dirigente Scolastico **AUTORIZZA** la somministrazione del farmaco
IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Lanciano
.....

Note: La richiesta/autorizzazione va inviata al Dirigente Scolastico a mezzo posta elettronica all'indirizzo chic80800a@istruzione.it. Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovato all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Allegato n. 2

**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

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

Cognome Nome

Data di nascita Residente a

in via Telefono

Classe della Scuola

Sita a in via

Dirigente Scolastico

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione Dose

Orario: 1[^] dose 2[^] dose 3[^] 4[^] dose

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco

Evento

Eventuali note di primo soccorso

.....

Accenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03, del DGPR
679/2016 e D.lgs 101/18.

SI

NO

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

.....