Allegato A: RICHIESTA DEI GENITORI (o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Data …….

Al Dirigente Scolastico della Scuola…….....

I sottoscritti ……....

Genitori dell’alunno/a ……....

Della classe…….....

Scuola.....

residente a…….In via…….....

Comune.....……Prov…….

Tel……..

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr…… e presentati in allegato alla presente richiesta.

□ Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiarano:

- Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

□ Autorizzano:

- se del caso, l’auto -somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

□ Chiedono:

- La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore,parente, volontario...).....

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome ……

tel……
nome ……
tel……
A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

FIRMA DEI GENITORI

Allegato B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che ……

Nato a ……il ……

residente in via……Comune……..

Prov…….... Frequentante la classe …….....

della scuola ……di……

È affetto /a dalla seguente patologia ……

……..per la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l’esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell’adulto somministratore, né in relazione all’individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Nome del farmaco……..

Forma farmaceutica……

Dosaggio……

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco .....……

……

…… ……

…… ……

……

……

Dose da somministrare……

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco ……

……

……

Prescrizione ADRENALINA Sì No

Data ……..

In fede Firma e timbro del Medico