

E, p.c. Ai docenti interessati

OGGETTO: Richiesta somministrazione farmaci per terapia continuativa o per farmaco generico occasionale.

I sottoscritti _____ e _____, genitori di _____, nato/a a _____ il _____, residente a _____ in Via/Loc/Fraz _____ iscritto alla classe _____, sez. _____ della scuola _____
 dell'infanzia primaria secondaria di Nus Fénis St. Marcel

essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, CHIEDONO PER L'A.S. 2015-2016 la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci: *Nome farmaco:* _____ *scadenza* _____ *Nome farmaco:* _____ *scadenza* _____ *Nome farmaco:* _____ *scadenza* _____
come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____.

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile:

- da parte di un familiare, sig./sig.ra _____ per cui chiedono fin da ora l'accesso alla scuola
- da parte di personale non sanitario, eventualmente disponibile
- da parte del proprio figlio/a minorenne, in regime di autosomministrazione, **come attestato nella prescrizione/certificazione del medico curante.**

I sottoscritti sollevano il personale scolastico da ogni responsabilità per eventuali conseguenze derivanti dalla somministrazione di tale/i farmaco/i. Premesso che i dati del minore sono trattati dall'Istituzione scolastica e dall'Azienda U.S.L. al solo fine di consentire la somministrazione di farmaci secondo quanto dispongono le norme di legge vigenti, e nello stretto limite indispensabile a permettere di adempiere agli obblighi previsti dal protocollo, i sottoscritti acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Contestualmente alla presente:

- forniscono i sopra indicati farmaci (*solo per la scuola secondaria, per le scuole dell'infanzia e primarie i farmaci vanno consegnati direttamente alle insegnanti di classe*)
- in caso di autosomministrazione dichiarano che il farmaco viene custodito dall'alunno/a nel proprio zaino

Si impegnano infine:

- 1 – a monitorare la data di scadenza del farmaco consegnato e a provvedere alla sua puntuale sostituzione;**
- 2 – in caso di iscrizione al servizio di refezione, a comunicare agli Uffici comunali competenti che il proprio figlio rientra in un protocollo terapeutico che prevede la somministrazione di farmaci salvavita.**

Numeri di telefono utili:

- pediatra di libera scelta/medico curante _____
- padre _____ madre _____

Data _____ FIRMA DEL PADRE _____
FIRMA DELLA MADRE _____

(da consegnare al proprio medico curante)

FAC-SIMILE DI CERTIFICAZIONE MEDICA / PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO

Si certifica l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il/i seguente/i farmaco/i all'alunno:

cognome _____ nome _____ nato a _____
_____ in data _____, residente a _____ in
Via/Loc/Fraz _____ iscritto alla classe ____ sez. _____ della scuola
_____ sita a _____ Via
_____.

Diagnosi per la quale è prevista la somministrazione del farmaco

nome commerciale del farmaco _____

nome generico del farmaco _____

posologia _____

modalità di somministrazione _____

(es. autosomministrazione, da parte del personale scolastico, da parte di un familiare)

orario (se trattasi di farmaco per terapia continuativa) _____

durata della terapia _____

modalità di conservazione del farmaco _____

eventuali note _____

Il sottoscritto medico dichiara che le informazioni sopra riportate sono sufficienti per la somministrazione del farmaco da parte di personale non sanitario purché formato.

Data _____

Timbro e firma del medico _____