

E, p.c. Ai docenti interessati

OGGETTO: Richiesta somministrazione farmaci in situazione di urgenza (salvavita).

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 (*croccettare l'opzione che interessa*):

- da parte di personale non sanitario, di cui chiedono fin da ora l'intervento
 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. Prendono altresì atto che, in ogni caso, sarà avvisato il servizio 118.

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 (*per le scuole dell'infanzia e primarie i
farmaci vanno consegnati direttamente alle insegnanti di classe*).

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 _____

modalità di somministrazione _____

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 _____