

ALLEGATO 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno all'inizio dell'anno scolastico)

I sottoscritti Sig.ra.....

Sig.....

- Genitori ☐
- Altri esercenti potestà genitoriale ☐/tutore ☐/affidatario di legge ☐ sulla base del disposto.....del.....

dell'alunno.....

nato/a a.....il.....

residente a.....in via.....

frequentante la classe.....della Scuola.....

sita ain via.....

Essendo il minore affetto da

Come da certificazione medico-specialistica allegata, rilasciata dal Dott.....

in data..... e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da prescrizione e posologia medica allegata.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) n.679 del 27 Aprile 2016.

(i dati personali sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

Data.....//.....//.....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita altro ruolo di legge

.....

ALLEGATO 1 - Delega

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE /DELEGA

AL DIRIGENTE SCOLASTICO/RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti Sagra.....e Sig
in qualità di genitori dell'alunno/a.....
frequentante la classe..... della Scuola.....
nell'anno scolastico....., affetto da.....
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico, come
da prescrizione medica allegata, rilasciata in data.....//.....//.....dal
Dott/Dott.ssa.....

CHIEDONO

(barrare la voce interessata)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco al proprio figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata Sig.
- di rispettare le norme previste in materia di prevenzione del Covi-19 per l'accesso nelle scuole;
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui
- **autorizzo formalmente** fin da ora l'intervento consapevole che l'azione di delega non esclude comunque la responsabilità dei genitori o di essi delegati, nella realizzazione degli interventi concordati. *Art. 6 MIUR – ufficio scolastico regionale per il Lazio 25/11/2005.*
- che il minore si autosomministri la terapia farmacologica con:

1. la vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta autosomministrazione) ☐

2. l'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione) ☐.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) n.679 del 27 Aprile 2016 e del DLgs n.101/2018.

In data...//...//...si consegnano n.confezioni integre, n. Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Firma dei genitori o Esercenti la potestà genitoriale/altro ruolo di
legge.....

ALLEGATO 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI FAMIGLIA /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 IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

La somministrazione di tale farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi lo somministra.

ALUNNO/A

Cognome.....Nome.....

Data e Luogo 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.....Dosaggio.....

Orario somministrazione.....

Durata della terapia: dalal.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

TERAPIA D'URGENZA

Farmaco.....

Dose.....

Modalità di somministrazione.....

Note.....

Data.....//.....//.....

Timbro e firma del Medico.....