**Allegato 1/auto - alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

# RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell’alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: e

*Cognome e Nome Cognome e Nome*

in veste di: genitori □ soggetti esercenti la potestà genitoriale □

dell’alunno:

*Cognome e Nome*

nato a : in data:

frequentante la classe: della scuola:

con sede in Via: del Comune di:

essendo il minore affetto da:

*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l’assoluta necessità,

**CHIEDONO**

L’autorizzazione all’autosomministrazione 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 da parte del figlio/a.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03 e del Regolamento UE 649/2016

Data,

Firma del genitore o

di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o

di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: Genitori:

**Allegato 2/auto - alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

# PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatra di libera scelta o Medico di Madicina generale)

**ALL’AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA**

Relativamente all’alunno:

*Cognome e Nome*

nato a : in data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in via: del comune di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe: della scuola: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in Via: del Comune di:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

affetto da:

*Riportare la patologia diagnosticata*

* Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
* Constatata l’ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
* Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
* Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

**SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA**

L’autosomministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte dell’alunno, in ambito ed in orario scolastico:

**1°FARMACO** Nome commerciale del farmaco: Dose e modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione: Descrizione dei sintomi dell’evento di emergenza:

Eventuali note:

**2°FARMACO** Nome commerciale del farmaco: Dose e modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione: Descrizione dei sintomi dell’evento di emergenza:

Eventuali note:

Data, *Timbro e Firma del medico*