## Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI 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**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : dal Dott. .

Precisano che la somministrazione del farmaco **è fattibile anche da parte di personale non sanitario** e consapevoli che il profilo professionale del personale scolastico non implica competenze di tipo sanitario

**Sollevano**

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione del farmaco o a qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso il personale che effettua la somministrazione. Altresì sollevano da ogni responsabilità il personale scolastico nel caso autorizzino il proprio figlio ad autosomministrarsi la terapia farmacologica.

**Autorizzano**

* il personale della scuola identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco
* l’alunno/a ad autosomministrarsi il farmaco in ambito scolastico

**Acconsentono** al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03. 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- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

**PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)

## ALLA SOMMINISTRAZIONE 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**

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, 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 A.S.L. Di competenza

*Timbro e Firma del medico*