

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "RODARI" MONTESILVANO (PE)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (da parte dei genitori o di loro delegati) **in orario scolastico**
(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti _____ ☐ Genitore ☐ Tutore e _____
e _____ ☐ Genitore ☐ Tutore di (Cognome) _____ (Nome)
_____ nato il _____ e frequentante nell'anno scolastico
_____/_____ la Scuola: ☐ dell'Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I grado
Classe _____ Sezione _____ plesso _____, constatata l'assoluta necessità,
chiedono che il signor _____ possa accedere ai locali della scuola
_____ per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i,
coerentemente alla certificazione medica allegata

Si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione,
coerentemente alla certificazione medica allegata.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante che DEVE contenere:

- la dichiarazione della assoluta necessità della somministrazione del farmaco a scuola;
- il nome commerciale del/i farmaco/i;
- l'espressa dichiarazione che il farmaco può essere somministrato senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;
- le indicazioni per la somministrazione del farmaco (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*), con orari, dose, via di somministrazione, conservazione e la sequenza delle manovre da effettuare, ivi comprese le telefonate alla famiglia ed eventualmente al 118, eventuale altro necessario;
- nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi;
- problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196/2003 e ss.mm. e ii. (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

☐ SI

☐ NO

Luogo e data _____ il _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità

Numeri di telefono utili: - Pediatra di libera scelta/medico curante _____

- Genitori _____