

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "RODARI" MONTESILVANO (PE)****RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI** (da parte del personale della scuola) **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

coerentemente alla certificazione medica allegata.

Dichiarano che sarà loro cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare tempestivamente e per iscritto la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

A TAL FINE AUTORIZZANO

il personale della scuola ospitante il minore, ad effettuare la somministrazione richiesta come indicato nella certificazione, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

A TAL FINE CONVENGONO

che un Pediatra di Libera Scelta o un Medico di Medicina Generale individuato dalla Famiglia dovrà rendersi disponibile a dare tutte le informazioni necessarie agli operatori scolastici a contatto con l'allievo/a per riconoscere i sintomi e somministrare correttamente i farmaci.

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 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

☐ SÌ☐ 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 _____