

*Al Dirigente scolastico dell'IC di San Martino di Lupari
Via Firenze n. 1
35013 San Martino di Lupari – Padova -*

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

genitore rappresentante legale tutore curatore amministratore di sostegno
e

il/la sottoscritto/a _____
(cognome e nome)

genitore rappresentante legale tutore curatore amministratore di sostegno

dell'alunno/a _____
(cognome e nome)

nato/a a _____ il ___/___/___ e residente a _____

in Via _____ iscritto per l'anno scolastico ___/___ alla
classe/sezione _____ della Scuola _____

- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... /dal Dott., in data .../.../.....;

CHIEDE/CHIEDONO

che a nostro figlio/a sia/siano somministrato/i in orario scolastico il farmaco/i farmaci previsti dal Piano terapeutico.
(oppure)

che a nostro figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Esprime/Esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente scolastico e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleva/sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia/nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia/nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	FAMIGLIA		PEDIATRA DI LIBERA SCELTA / MEDICO DI MEDICINA GENERALE
	PADRE	MADRE	
Numeri di telefono:			

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

(Luogo e data)

In fede

PIANO TERAPEUTICO

ALUNNO/A: _____
(Cognome e nome)

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare o Mattina (h.) dose da somministrare
- o Pasto (prima, dopo) dose
- o Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....
- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... (**Oppure**)

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

In fede

Luogo Timbro e Firma del Medico

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