

RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti e

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a.....

frequentante la classe..... della scuola.....

frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....

nell'anno scolastico....., affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra.....

di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n..... confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data,.....

Numeri utili	
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....))

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe..... della scuola.....

sita a in Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose; 3^a dose; 4^a dose

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita
(barrare la scelta):

- Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Note

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe..... istituzione scolastica o formativa.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e profilo professionale

.....

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....

.....

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....

.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO

.....

.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)..... Firma (madre).....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

.....

INSERIRE INTESTAZIONE SCUOLA

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE STRAORDINARIA DI TERAPIA DI URGENZA
(modulo per minorenni)**

Al Dirigente Scolastico

Istituto scolastico/Plesso.....

I sottoscritti e

genitori di classe

d i c h i a r a n o

che il/la proprio/a figlio/a potrebbe necessitare di somministrazione a scuola di terapia di urgenza, **come da certificato medico allegato, aggiornato all'anno scolastico in corso.**

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il Personale scolastico,

pertanto, sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione, considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi:

.....

Nel caso venga data la disponibilità alla suddetta somministrazione, i **sottoscritti si impegnano a fornire il/i farmaco/i.**

In caso di necessità collegate a questo tipo di intervento i **recapiti telefonici** sono i seguenti:

✓ Genitori

✓ Referente centro diabetologico dott.

tel.....

Roma,

Firma (leggibile) di entrambi i genitori:

FAC-SIMILE CERTIFICATO MEDICO IN CASO DI NECESSITA' DI TERAPIA DI URGENZA
(da riporre in un astuccio insieme con il farmaco salvavita)

ASSISTITO (Cognome Nome)

NATO A il

- DIAGNOSI
- DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE RICHIEDE LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA DI URGENZA

INTERVENTO TERAPEUTICO DA METTERE IN ATTO IN CASO DI URGENZA:

- NOME DEL FARMACO/I (nome commerciale)
- DOSAGGIO
- MODALITA' E VIA DI SOMMINISTRAZIONE
- EVENTUALE POSSIBILITA' DI RIPETIZIONE E TEMPISTICA
- EFFETTI COLLATERALI
- TEMPI DI ATTESA PER RICHIESTA ASSISTENZA MEDICA DI EMERGENZA
- MODALITA' DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO
- DICHIARAZIONE CHE IL FARMACO PUO' ESSERE SOMMINISTRATO DA PERSONALE NON SPECIALIZZATO E PRIVO DI COMPETENZE SANITARIE

MATERIALE DA FORNIRE ALLA SCUOLA:

- FARMACO/I
- MATERIALE E DISPOSITIVI SPECIFICI (se previsti)
- ALIMENTI PER CORREZIONE IPOGLICEMIA (se previsto)

DATA

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

TEL. del medico

CELL. del medico

.....