

MODULO DI RICHIESTA
per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico, dell'I.C.S. Rita Levi Montalcini, P.zza San Paolo, 4, Palermo

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....

genitore/tutore (specificare):

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....

genitore/tutore (specificare):

dello studente (Cognome e Nome)..... nato a

..... il..... residente a

in Via che frequenta la classe sez della

Scuola sita in

Via Cap

Localitàprov.

CHIEDIAMO

☐ che uno dei due o entrambi i genitori accedano alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dall'AUSL (scrivere nome del farmaco).....personalmente o tramite da me incaricato

☐ che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dal medico curante o dell'AUSL (scrivere nome del farmaco)consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco)consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla Dirigente Scolastica lo stato di salute dell'allievo/a medesimo/a e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

.....

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 e ai sensi dell'art.13 del Regolamento (ue) 2016/679- somministrazione farmaci

In fede

Data.....

Firma⁽¹⁾ di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da
sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

⁽¹⁾ Genitore/Genitori o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/'06), altrimenti, a firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

Logo AUSL - Servizio di

MODULO DI CERTIFICAZIONE

Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico, dell'I.C.S. Rita Levi Montalcini, P.zza San Paolo, 4, Palermo

Constatata la assoluta necessità SI CERTIFICA la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico

all'alunno/a (Cognome e Nome)

data e luogo di nascita residente

a in Via.....

tel.....

A) Nome del farmaco

Durata della terapia: dalal

☐ Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina.....dose...../Pasto.....dose...../ Pomeriggio.....dose.....

Modalità di

somministrazione

.....

Note.....

.....

☐ Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

.....

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

scelta): Sì ☐ No ☐

Modalità di conservazione

Note.....

.....

B) Nome del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

Modalità di conservazione

Note.....

.....

Data

Medico AUSL (Timbro e Firma)

(Allegato 3 – Modulo di messa a Disposizione)

Al Dirigente Scolastico, dell'I.C.S. Rita Levi Montalcini, P.zza San Paolo, 4, Palermo

Il/La sottoscritto/a:

Insegnante/docente presso _____

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola di codesto Istituto;

VISTE le linee Guida del Ministero della Salute e del MIUR del 2005;

VISTO il Protocollo per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico;

CONSIDERATO il consenso da parte dell'Ente da cui dipende;

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione di farmaci agli/alle studenti, secondo quanto previsto dal **Protocollo di somministrazione dei farmaci a scuola di codesto Istituto.**

Data

Firma

.....