ALUNNI **124**_ed.4	**ISTITUTO COMPRENSIVO DEL PO** Scuola dell'Infanzia- Primaria- Secondaria di 1° grado Via Bonazzi, 9 _ 46035 OSTIGLIA (MN) TEL 0386/802030 FAX 0386/802086 e-mail: mnic820005@istruzione.it sito web: www.icdelpo.gov.it	PROT. n._____ del _____

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al D.S. dell'I.C. del Po

Il sottoscritto/ i sottoscritti _____

_____

☐ genitore/i ☐ tutore legale dell'alunno/a _____

frequentante la sezione/classe _____ della scuola _____ di _____

Tel. fisso _____ Tel. cellulare _____

Preso atto di quanto disposto dal protocollo di intesa tra USR Lombardia e Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola (prot. 19593_13 09 2017)

RICHIEDE/RICHIEDONO

la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata (allegato A) redatta dal medico curante recante la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola con posologia, orari, modalità e descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

DICHIARA/DICHIARANO

- la presente disponibilità e/o recapito per essere eventualmente contattati in caso di necessità/consulenza: _____
- di delegare le seguenti persone per il contatto/consulenza in caso di necessità:

_____ tel. _____

- di essere consapevole che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie.

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

☐ il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e lo solleva da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso effettuata nelle modalità indicate

☐ (se del caso), l'auto-somministrazione del farmaco da parte dell'alunno, se sostenuta e dichiarata possibile dal medico che redige la richiesta medica

SI IMPEGNA/SI IMPEGNANO

- a fornire alla scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, siringhe, guanti ecc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal responsabile dello stesso.

Con la presente il sottoscritto acconsente anche al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Firma _____ Firma _____

(allegato A)

CERTIFICAZIONE STATO DI MALATTIA

Si certifica che _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ Comune di _____ Prov. _____

frequentante la sezione/classe _____ della scuola ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐Secondaria di I grado

di _____

È affetto/a dalla seguente patologia

_____

_____

per la quale

- vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco in orario scolastico con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- la somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

PIANO TERAPEUTICO

Nome commerciale del farmaco _____

Principio attivo del farmaco _____

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione

_____

_____

_____

Dose da somministrare _____

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni) _____

Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi)

_____

_____

Modalità di conservazione del farmaco (secondo quanto disposto nel Riassunto delle caratteristiche del Prodotto RCP e nel Foglio Illustrativo del farmaco FI)

_____

_____

_____

Firma e timbro del Medico

_____