

**Oggetto: dichiarazione medica ESCLUSIVAMENTE per uso dei farmaci
"SALVAVITA"**

Il sottoscritto dott.
medico curante dell'alunno/a
nato/a a il che frequenta la
scuola classe sez.

DICHIARA

che..... è affetto da e pertanto in caso di
"urgenza" e precisamente (descrivere dettagliatamente i sintomi che richiedono la
sommministrazione del farmaco):
.....

è necessario che venga somministrato all'alunno/a il seguente farmaco:.....
.....
.....

nella seguente posologia:.....
.....
.....

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione:.....
.....

La somministrazione del farmaco è differibile sì no

MODALITA' DI CONSERVAZIONE

in frigorifero a temperatura ambiente altro

**INTERVENTI DA METTERE IN ATTO DOPO LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO (es.
chiamare il 118, chiamare i genitori; altro)**
.....
.....

ALTRE INFORMAZIONI UTILI AD AFFRONTARE L'EMERGENZA
.....
.....

DICHIARA

Inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari inconvenienti dal
punto di vista clinico e pertanto il personale scolastico, presente al momento dell'urgenza,
ha l'obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in
materia sanitaria.

Data..... Firma e timbro del medico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(da compilare a cura dei genitori e consegnare al Dirigente Scolastico)

Al Dirigente Scolastico
I.C. VALDAGNO 1

I sottoscritti

genitori dell'alunno/a

che frequenta la scuola classe sez.

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a

è affetto da

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a

e che si manifesta con la seguente sintomatologia:

.....
.....
.....
.....

(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco

come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

- Il personale docente e non docente in servizio ad effettuare la somministrazione di cui sopra
- L'autosomministrazione del farmaco da parte dell'alunno

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivante dalla somministrazione stessa.

ACCONSENTONO

Al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03

COMUNICANO I SEGUENTI NUMERI DI TELEFONO DA CONTATTARE IN CASO DI URGENZA:

N. Tel. intestato a

N. Tel. intestato a

N. Tel. intestato a

N. Tel. intestato a

N. Tel. intestato a

ALLEGA A TALE FINE:

- Il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- La prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia (vedi fac-simile):

CONSEGNA:

- il farmaco per il trattamento d'urgenza (**sarà nostra cura provvedere alla sostituzione alla scadenza dello stesso**);
- altro

data

firma della madre.....

firma del padre

VISTO:

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Maria Catena LUPO