RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo 1 - VALDAGNO

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno/a_____nato/a_____

il_____ residente a_____in via_____

frequentante la Scuola _____ classe_____ sez. _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a _____

è affetto/a da _____

e constatata l'assoluta necessità **CHIEDE**

venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegata prescrizione medica (PLS/MMG) rilasciata in data _____dal dott._____ e

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

ACCONSENTO

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)

SI **NO**

Data_____

Firma del genitore o dell'esercente potestà genitoriale

_____

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO _____

2° NUMERO _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome_____ data di nascita_____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe_____

affetto/a da_____

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO,

DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO

□ In caso di urgenza dovuta a_____

che si manifesta con la seguente sintomatologia_____

_____

Nome commerciale del farmaco_____

Modalità di somministrazione_____ Dosaggio_____

Modalità di conservazione del farmaco_____

Note_____

_____

_____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data

_____

TIMBRO E FIRMA

PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O

DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE