Richiesta per la somministrazione

# Allegato 1

di farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali in orario e ambito scolastico (alunno/a minorenne)

AI Dirigente Scolastico delI’I.C “Archimede La Fata”

Partinico (PA)

Il sottoscritti

in qualità di genitore/tutore dello/a alunno/a nato/a a il residente a

in Via frequentante la classe sez

della scuola di Via

CONSAPEVOLI CHE il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che può legittimamente non acconsentire alla somministrazione di farmaci;

PRESO ATTO del protocollo tra Dirigenza Scolastica e l'Azienda ASL di PALERMO, in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data 24 gennaio 2017;

VISTA la specifica patologia dell'alunno:

CHIEDE

che sia consentito l'accesso al sottoscritto o alle *seguenti* persone

per la somministrazione dei farmaci/specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata, nei seguenti giorni ed orari: lunedì ; martedì ; Mercoledì giovedì ; venerdì

*oppure:*

che allo alunno/a sia somministrato il farmaco da personale scolastico appositamente individuato; che Io alunno/a sia controllato durante l'autosomministrazione del farmaco

come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine il sottoscritto consegna n. di confezioni integre del *farmaco necessario* con scadenza il

I/Il *sottoscrÌtti/o si ìmpegnano/a a comunicare,* tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia. Per eventuali comunicazioni si consegnano n. di telefono fisso *o* cellulare dai quali risponderà con certezza.

Ai fini del trattamento dei dati autorizzo il trattamento dei dati personali e sensibili contenuti nel presente modulo in base all'art. 13 GDPR 679/2016.

Partinico, li

In fede

Firma dei genitori/tutore

Allegato 2

*(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al* Dirigente *Scolastico)*

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Il minore



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

in Via/Piazza .......... n......

affétto dalla seguente patologia: ....................................................................................

nel caso si verifichi il seguente evento inurgenza/emergenza....................................................

Necessita della somministrazione del seguente farmaco ...........................................................

Modalitàdisomministrazione............................................................................................................



Eventuali note:

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

Luogo e data

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

Timbro e firma del Pediatra /MMC

# ALLEGATO 3

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

II/la sotttoscritto/a genitore dell’alunno/a Frequentante la classe Sez. della scuola consegno agli operatori scolastici il farmaco salvavita da somministrare al/alla bambino/a in caso di nella dose e da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

*provvederà a rifornire la scuola* df *USO nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.*

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

1) 2)

Luogo e data il

Il genitore