

Allegato 2

RICHIESTA DEI GENITORI

(o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Data.....

Al Dirigente Scolastico della Scuola

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a

Della classe..... Scuola.....

residente a.....

In via.....

Comune..... Prov.....

Telefono

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr..... presentati in allegato alla presente richiesta.

Dichiarano:

- Di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- Di impegnarsi 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, 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.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.
- Di autorizzare, se del caso, l'auto-somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

nome

Tel.....

nome.....

Tel.....

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Firma

Firma

CERTIFICAZIONE STATO DI MALATTIA

Si certifica che

Nata/o a il

residente in via Comune Prov

Frequentante la classe

della scuola :

Infanzia

Primaria

Secondaria di 1° grado

Secondaria di 2° 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

forma farmaceutica dosaggio

Principio attivo del farmaco

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

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

Dose da somministrare

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)

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

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni)

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

Prescrizione ADRENALINA

Sì

NO

Si rilascia su richiesta degli interessati, per gli usi consentiti dalla legge

Data

Firma e timbro del Medico