

MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Alla Coordinatrice delle attività educativo-didattiche

Istituto Maria Ausiliatrice

I sottoscritti

.....
.....

genitori dell'alunno

Frequentante nell'anno scolastico la classe sezione della Scuola
.....di Novara

Telefono fisso

Telefono cellulare

Consapevoli di quanto disposto dalla normativa vigente in materia di somministrazione di farmaci a scuola (Del. Giunta Reg. Piemonte n. 50-7641/2014 e allegati) e constatata l'assoluta necessità

RICHIEDONO

La somministrazione in ambito ed orario scolastico di farmaci

☐ quotidianamente

☐ a fronte di urgenze come specificato nell'allegata prescrizione/certificazione medica rilasciata in data
..... dal Dr(vedi allegato A).

Allega prescrizione/certificazione redatta dal medico curante recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione.

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute).

☐ SI

☐ NO

Data

FIRMA dei genitori

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico curante _____

Genitori _____

Altri (specificare) _____

Allegato A

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI
MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO
SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A**

Cognome..... Nome.....

Data di nascita..... Residente a

in via..... Telefono.....

Classe/Sezione..... della Scuola

..... di via

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione..... Dose.....

Orario:

Durata terapia:

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Terapia d'urgenza

Farmaco

Dose

Segni premonitori tipici della crisi (aura)

.....

Modalità di somministrazione

.....

Data _____

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra