

Mod. A

**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI INDISPENSABILI / SALVAVITA
DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO**

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a)

Noi sottoscritti e

genitori tutori di nato/a il/...../..... a

..... Prov. residente a

Prov. in via

frequentante la classe del vostro Istituto, essendo nostro figlio/a affetto da

....., constatata l'assoluta

necessità, chiediamo la somministrazione da parte di vostro personale in ambito e orario scolastico

dei farmaci, come da allegata certificazione medica (Mod. A1) rilasciata in data/...../..... dal

Medico curante, Dott.

Siamo consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento, così come previsto dalla normativa vigente.

NB: una volta accolta la nostra richiesta consegneremo il/i farmaco/i sottoscrivendo il Mod. A2.

Con la presente autorizziamo il trattamento dei dati personali in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

Milano/...../.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Madre:

Padre:

Tutore:

Numeri di telefono utili in caso di emergenza:

Madre:.....

Padre:

Tutore:

Medico:.....

Mod. A1

**CERTIFICAZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
AD USO CRONICO E/O EMERGENZA IN AMBITO SCOLASTICO**

Io sottoscritto/a, in qualità di Medico curante,
certifico che, nato il/...../.....

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per patologia cronica patologia acuta
Conseguentemente è prevista:

- la somministrazione dei farmaci da parte del genitore in ambito e orario scolastico
- la somministrazione dei farmaci da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte dell'ASST competente (situazioni "complesse")

Nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

Modalità di conservazione:

- temperatura ambiente in luogo asciutto e protetto dai raggi solari
- conservazione in frigorifero (3-4 °C)

Altre informazioni:

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico):

Diagnosi e stato di malattia:

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita"

NB: descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica

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

Eventuale definizione di un piano di assistenza per situazioni complesse (es. diabete):

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

Data/...../.....

Timbro e firma del Medico



Mod. A2

VERBALE PER LA CONSEGNA DI FARMACI INDISPENSABILI/SALVAVITA

In data/...../..... alle ore la/il Sig.
genitore dell'alunno/a, classe
consegna n. confezione nuova ed integra dei seguenti farmaci:

.....
.....

da somministrare allo studente come da indicazioni mediche riportate nel Mod. A2.

Il genitore:

- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento
- ritirerà le confezioni dei farmaci al termine dell'anno scolastico o in caso di ritiro o trasferimento ad altro Istituto.

La famiglia sarà sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai recapiti telefonici indicati nella richiesta di somministrazione dei farmaci in ambito scolastico.

Milano,/...../.....

Il genitore

L'incaricato del ritiro

.....

.....

.....
indicare il ruolo o la qualifica

.....

VERBALE PER LA RESTITUZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI/SALVAVITA

Io sottoscritto/a ritiro n. confezioni dei farmaci
sopra indicati per:

termine dell'anno scolastico ritiro dello studente trasferimento ad altra scuola

Milano,/...../.....

Il genitore

L'incaricato della riconsegna

.....

.....

.....
indicare il ruolo o la qualifica