

Mod. B

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI INDISPENSABILI / SALVAVITA DA PARTE DELLO STUDENTE

(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 che sia autorizzato ad **autosomministrarsi**, in ambito e orario scolastico, farmaci

indispensabili/salvavita, come da allegata certificazione medica (Mod. B1) rilasciata in data

...../...../..... dal Medico curante, Dott.

Con la presente solleviamo il vostro Istituto da ogni responsabilità civile e penale così come previsto dalla normativa vigente.

NB: una volta accolta la nostra richiesta consegneremo il/i farmaco/i da conservare a scuola in caso di emergenza (smarrimento, dimenticanza, malfunzionamento del dispositivo...) sottoscrivendo il Mod. B2.

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. B1

**CERTIFICAZIONE MEDICA PER L'AUTOSOMMINISTRAZIONE 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 autosomministrarsi farmaci indispensabili/salvavita in ambito scolastico per

patologia cronica patologia acuta, attenendosi alle seguenti indicazioni:

Nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

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

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

Qualora sia necessario avere una confezione del farmaco a scuola (per situazioni di emergenza):

Modalità di conservazione del farmaco:

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

Altre informazioni:

Diagnosi e stato di malattia:

Data/...../..... Timbro e firma del Medico

NB: qualora si pensi che possa presentarsi l'eventualità che il personale scolastico possa dover somministrare il farmaco indispensabile/salvavita è necessario compilare anche i modelli A e A1.

Mod. B2

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 conservare a scuola per situazioni di emergenza, come indicato nel Mod. B.

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