MODULO DI RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI PATOLOGIE CRONICHE INVALIDANTI E/O PATOLOGIE ACUTE PREGIUDIZIEVOLI DELLA SALUTE

MODULO 1

Al Dirigente Scolastico dell’ Istituto Comprensivo “Gerolamo Cardano” – Gallarate

I sottoscritti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori/ Tutori dell’alunna/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che frequenta la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_\_\_\_della Scuola I.C. GEROLAMO CARDANO - GALLARATE – PLESSO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto dalla patologia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per la quale potrebbe rendersi necessaria la somministrazione del seguente farmaco d’urgenza:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDONO

di accedere alla sede scolastica sopra indicata per somministrare il farmaco a nostro/nostra figlio/a come da Certificazione Medica/Piano Terapeutico allegata;

che nostro/nostra figlio/a sia **assistito** dal personale scolastico durante l’auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da Certificazione Medica/Piano Terapeutico allegata;

che a nostro figlio/figlia **sia somministrato** in orario scolastico il farmaco come da Certificazione Medica allegata/Piano terapeutico;

ALLEGANO

Certificazione Sanitaria e Piano Terapeutico rilasciate dal medico curante Dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con le indicazioni per la corretta somministrazione del farmaco, nonché le istruzioni e informazioni e per l’applicazione del Piano terapeutico (eventi in cui occorre somministrare il farmaco, tempi, posologia e modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco)

DICHIARANO

* Di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve necessariamente 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/farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti etc), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo o in prossimità della data di scadenza;
* Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al piano terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
* Di essere consapevoli che qualora si verifichi l’evento, così come indicato nel piano terapeutico, si allerterà, per prassi, il numero unico dell’emergenza 112, con indicazione precisa di richiesta d’urgenza precisando che l’alunna/o è affetto dalla seguente patologia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ed è in cura presso l’Ospedale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

COMUNICANO

I seguenti numeri di telefono utili:

Genitori………………………………………………………………………..Medico……………………………………………….Altro…………………………….

Autorizziamo il trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs 30.06.2003 n. 196 e Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR).

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_