

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____
genitori di _____ frequentante la classe _____

essendo l'alunno affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità,

chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____.*

dichiarano l'auto-somministrazione del farmaco da parte dell'allievo per età, esperienza, addestramento in ambito ed orario scolastico come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____.

) *(compilare solo se il genitore chiede la somministrazione)

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (docenti e ATA) pertanto

CHIEDONO

che il Dirigente scolastico individui tra il personale gli incaricati per effettuare la prestazione

AUTORIZZANO e SOLLEVANO

tali incaricati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

ACCONSENTO *

Al trattamento dei dati personali in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016 (c.d. "GDPR")

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento:

N. Tel. _____ intestato a _____

N. Tel. _____ intestato a _____

Se la somministrazione del farmaco è richiesta al personale incaricato allega a tal fine:

1. certificazione (mod 2) a firma del medico curante da presentare e rinnovare ad ogni inizio anno scolastico attestante le condizioni di salute come dichiarato nella presente
2. Il farmaco salvavita per il trattamento d'urgenza. Il farmaco sarà consegnato all'inizio dell'anno scolastico e recuperato alla conclusione dello stesso. Sarà nostra cura provvedere alla sostituzione alla scadenza dello stesso.

Luogo, data

Firma dei Genitori

VISTO: IL DIRIGENTE

Alberto Frizzo

*I suoi dati personali da Lei comunicati saranno trattati esclusivamente per dare seguito alle Sue richieste ed in conformità al Regolamento Europeo n. 679/2016 (c.d. "GDPR"). In qualità di interessato Lei potrà, alle condizioni previste dal GDPR, esercitare i diritti sanciti dagli articoli da 15 a 21 del GDPR contattando:

Titolare del Trattamento: vif02000x@pec.istruzione.it

DPO : dporossi@skytekne.it

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno

nome e cognome _____

data e luogo di nascita _____ classe _____ sez _____

DICHIARA

CHE L'ALUNNO _____ E' AFFETTO DA

- patologia per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco*
- patologia per cui viene dichiarata l' **auto somministrazione** del farmaco da parte dell'alunno (per età, esperienza, addestramento):

) *(compilare solo se il genitore chiede la somministrazione)

pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi

1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono somministrazione urgente del farmaco

2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

nome commerciale farmaco _____

dose da somministrare _____ modalita' conservazione _____

effetti collaterali _____

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile, pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

data, luogo _____

In Fede
(timbro e firma)
