**MODULO DI RICHIESTA**

**per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico**

Al Dirigente Scolastico

 dell’Istituto Comprensivo II Udine Via……………………………………………

Località……………………………………….Provincia…………………

Il sottoscritto (Cognome Nome)..…………………………………………………………………………………………………………….

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).…………………………………...................................... nato a

……………………………………………………………il……………………residente a ………………in Via……………………………………………………………………….………………………………… che frequenta la classe …… sez …… della Scuola …………………………………………………………………………………................................................... sita in Via

……………………………………………………………………………………………………… Cap ………………….......... Località

………………………………………………………………………………………… prov. ………………………………………….

E la sottoscritta (Cognome Nome)..…………………………………………………………………………………………………………….

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).…………………………………...................................... nato a

……………………………………………………………il……………………residente a ………………in Via……………………………………………………………………….………………………………… che frequenta la classe …… sez …… della Scuola …………………………………………………………………………………................................................... sita in Via

……………………………………………………………………………………………………… Cap ………………….......... Località

………………………………………………………………………………………… prov. ………………………………………….

CHIEDE in nome e per conto anche dell’altro genitore1/ CHIEDONO

 (barrare la scelta)

□ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco)…………..……………………personalmente o tramite ……………….……………………………………………………da me incaricato

(oppure)

□ che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l’auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco) …………………………………………………...................... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

□ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da Certificazione Medica allegata e rilasciata dalla Pediatria di comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco)

…………………………………………………...................... consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione annualmente al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell’allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

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

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Udine

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2

1. “Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Udine,

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

(firma)

1. Firma di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all’impiegato della scuola. La firma è del genitore o di chi eserciti la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/06), altrimenti, a firma dell’affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell’affido.

**MODULO DI CERTIFICAZIONE**

**Certificazione Medica per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico**

Al Dirigente Scolastico dell’ Istituto Comprensivo II Udine Via…………………………………………… Località……………………………………….Provincia………………… constatata la assoluta necessità

SI CERTIFICA

la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all’alunno/a

Cognome e Nome …………………………………………………………………………………………………………………………

data e luogo di nascita…………………………………………………………………………………………………………………..

residente a ……………………………...............in Via……………………………………………………tel………………………

Nome del farmaco ………………………………………………………………………………………………………………………..

Durata della terapia: dal ……………………………....al ………………………………………….

□ Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina…………………….dose…………./ Pasto…………………….dose…………../ Pomeriggio………………dose………….

Modalità di somministrazione …………………………………………………………………….....................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La somministrazione  non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

Note

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

□ Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di

farmaco salvavita (barrare la scelta): Sì □ No □

Modalità di conservazione ……………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

La somministrazione  non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l’esercizio di discrezionalità tecnica.

Note

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

B) Nome del farmaco salvavita ………………………………………………………………………………….....................................

Modalità di somministrazione ……………………………………………………………………....................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Modalità di conservazione ……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

 Note

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Data ……………………… Medico AUSL (Timbro e Firma)