Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa/Responsabile comunità semiresidenziale)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità

_____

_____

Sede _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) _____

nata/o a _____ il _____

frequentante la classe _____ della scuola/servizio educativo/comunità semiresidenziale

_____

CHIEDO

® di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

® che il/la sig/ra _____ da me formalmente delegato possa accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

oppure :

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

CHIEDO

® la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico

® l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____dal Dr_____

- Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

® autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco

® incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo.

==========

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

_____ (data)

_____ (Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Numeri di telefono utili: Famiglia _____ _____