RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO Allegato 1

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE / STUDENTE MAGGIORENNE E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Noi sottoscritti - Io sottoscritto/a _____

genitori/genitore/tutore/amministratore di sostegno dello studente/studente maggiorenne __ _____

nato a _____il ___/___/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo gado_____

scuola secondaria di secondo grado_____

sita a _____in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

CHIEDONO/CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN)Dr._____ nell'allegata prescrizione redatta in data ___/____/_____/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a/al sottoscritto maggiorenne dal personale della scuola

Siamo consapevoli che nel caso la somministrazione sia effettuata da personale resosi disponibile, lo stesso non deve possedere né competenze né funzioni sanitarie. Autorizziamo contestualmente il personale volontario resosi disponibile alla somministrazione del/i farmaco/i e solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.
Ci impegniamo inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure chiedono/chiedo che, in alternativa,

mio/a figlio/a/il sottoscritto maggiorenne si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione del personale scolastico o di volontari disponibili

Si rendono noti di seguito numeri telefonici di riferimento in caso di necessità

- Medico Prescrittore: Dr._____tel. _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma

Data _____ _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del Reg (CE) 27/04/2016 n. 2016/679/UE, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____ _____

NOTE A RETRO PAGINA

https://protocollo.ats-brescia.it/InteractiveDashboard/Reserved/Card/Detail

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

https://protocollo.ats-brescia.it/InteractiveDashboard/Reserved/Card/Detail