## RICHIESTA

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti .......................................................................... e …………………………………………………..…………..

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ........................................................................…………….………..

□ frequentante la classe.............................. della scuola................................................................................................

□ frequentante il corso................................. dell’Agenzia formativa................................................................................

nell'anno scolastico............................................., affetto da…………………………………………………………..………

e constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………………..dal Dott…………………………………………….……..

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

* di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
* di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra
* di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d’ora l’intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
* che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  +  La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
  +  L’affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

## Si consegnano n…………..confezioni integre, Lotto………………………..scadenza……………………………….

**Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data, |  | |
|  | **Numeri utili** |  |
| Telefono fisso...................................................... | ………………………………… | ……………………………. |
| Telefono cellulare................................................ | ………………………………… | …………………………... |
| Telefono Medico curante (Dott. ) | | |

**N.B.**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

## PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

***Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità***

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL’ALUNNO

Cognome………………………………………. …………………….Nome ............................................................................................

Nato il....................................................................... a........................................................................................................................

Residente a ........................................................................................................................................................................................

In via............................................................………………………………………………………………………………………………......

Frequentante la classe……………………………….della scuola…………………………………………………………………………....

sita a ………………………………in Via………………………………………………………………………………………………………..

Dirigente scolastico………………………………………………………………………………………………………………………………

Affetto da ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Nome commerciale del farmaco da somministrare**: .......................................................................................................

**Modalità di somministrazione:** ..........................................................................................................................

**Orario:** 1^ dose ....................; 2^ dose……….……….; 3^ dose……….………….; 4^ dose… ;

**Durata della terapia**:*………………………………………………………………………………………………………*

**Modalità di conservazione**:.................................................................................................................................

Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

□ Parziale autonomia □ Totale autonomia

**Terapia d’urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: …………………………………………………..................................................

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione:……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Dose:..............................................................................................................................................................................................

Modalità di somministrazione: ........................................................................................................................................................

Modalità di conservazione:.............................................................................................................................................................

Note…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Data,** ……………………………………

# Timbro e Firma del Medico curante

## SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell’alunno…………………………………………………………………………………….………...........

Frequentante la classe………………………..........istituzione scolastica o formativa…………………………………….…

Nome e Cognome dell’operatore scolastico o formativo e profilo professionale

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

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

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL’INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

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

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

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

## SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL’OPERATORE SANITARIO

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

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

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

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico/Formativo

.............................................. .......................................................

## ESECUZIONE TECNICA DELL’OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL’ OPERATORE SANITARIO

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

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

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

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico/Formativo

.............................................. ...........................................................

## CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell’operatore scolastico o formativo.

Data……………………………… Firma Operatore Sanitario

...............................................

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l’esecuzione tecnica dell’intervento.

Data……………………………… Firma Operatore Scolastico/Formativo

.............................................................

## DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell’alunno……………………………………….., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)………………………………………………... Firma (madre)…………………...........................................

## VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

….……………………………………………

# COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

**(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)……………………………………………………………………………………….

nato a …………………………………………….……il…………………………………………………………………….

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

tel………………………………………………………………………………………………………………………………

studente/studentessa che frequenta la classe ……………………………… sez ..………………………..….……….

scuola …………………………………………………………………...........................................................................

sita in Via ………………………………………………..……………………………………………….Cap ……..………

Località …………………………………………………………………………………………………. Prov….……..……

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale)………………………………………………..…

come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI □ NO □

In fede

Firma dell’interessato/a

………………………………………………

Data, ……………………………