Modulo 01

Al Dirigente scolastico
Dell'IC ELIO VITTORINI
San Pietro Clarenza

Il /La sottoscritto/a ……in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ……Nome……..……..
nato il……e frequentante nell'anno scolastico ……/…… La Scuola ……Classe……

CHIEDE

□ L'accesso ai locali scolastici degli scriventi o di nostro delegato durante l'orario scolastico per la somministrazione del farmaco.

In fede.

Data, …….. Firma …….

Oppure

CHIEDE

□ Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

□ Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

□ Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili: Medico Curante …….
Genitori …….

In fede.

Data, …….. Firma …….

Modulo 02

Al Dirigente scolastico
Dell'IC ELIO VITTORINI
San Pietro Clarenza

Il minore (Cognome) …… (Nome) …….

nato il…….residente a …….……..

Necessita

□ La somministrazione di farmaci in ambito scolastico

□ La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

…….. …….

……

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

……

……

……

durata della terapia …….

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

……..……..

…….

……..

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno □

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per **…….**

……

……

Data, …….. **timbro e firma del medico**

MOD. 3

Al Dirigente scolastico
Dell'IC ELIO VITTORINI
San Pietro Clarenza

Oggetto: Richiesta di conservazione farmaco

I sottoscritti ……..…… genitori (o chi ne fa le veci)
di ……..
frequentante la classe …… sez …… della scuola ……

Constatata l'assoluta necessità, chiedono al Dirigente Scolastico di conservare nella scuola il/i farmaco/i come da allegata certificazione medica rilasciata in data …… dal Dott. ……..;

Dichiarano che, in caso di bisogno, il suddetto farmaco dovrà essere consegnato a personale individuato per la somministrazione.

Dichiarano che sarà loro cura: consegnare il farmaco alla scuola, controllarne la scadenza e fornirne nuova confezione prima che sia esaurito, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato da ……...

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03, nonché a quanto previsto dal GDPR 2016/679.

Firma ……