*Allegato 1*

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico dell’Istituto ………………..………………

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

□ Genitore dell’alunno/a ......................................................,

nato/a a……………………….… il …../……/……… e residente a ………………………………….….

in Via ……..…………………………………………, che frequenta la classe … sez … dell’Istituto………………………………………… sito in Via ……………………….….……

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

* consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
* in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... …………….. /dal Dott. ………………………, in data …/…/…….;

**CHIEDO**

□ che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

□ che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l’auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l’auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all’adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Famiglia  | Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale  |
| Numeri di telefono: |  |  |

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

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo Data (1) Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_/\_\_ /\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Genitore .

1

**PIANO TERAPEUTICO**

Alunno/a: Cognome ……………………… Nome ……………………………..

1. Nome commerciale del farmaco **indispensabile** ……………………………………………..
	1. Necessita di somministrazione quotidiana:
		* Orario e dose da somministrare o Mattina (h. …….) dose da somministrare …………. o Pasto (prima, dopo) …………. dose …………..

o Pomeriggio (h. ………) dose ………….

* + - Modalità di somministrazione del farmaco ………………………………………………
		- Modalità di conservazione del farmaco …………………………………………………
		- Durata della terapia: dal ……/...…/….….… al ……/...…/….….…
	1. Necessita di somministrazione al bisogno:
		+ Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco

(specificare):

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

* + - Dose da somministrare ………………………………………………………………
		- Modalità di somministrazione del farmaco ………………………………………………..
		- Modalità di conservazione del farmaco ……………………………………………………

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

1. Nome commerciale del farmaco **salvavita** …………………………………………………

Modalità di somministrazione del farmaco ………….………….....................................………

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

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

………………………………………………………………………………………………

* Dose da somministrare

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

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

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

Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco:

□ Sì

□ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

□ Sì □ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

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

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo ……………………… | In fede Timbro e Firma del Medico  |
| Data ……/……/….…  | ……………………………….. |