

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Noi/lo sottoscritti/o _____
in qualità di ☐ genitori/e ☐ chi esercita la responsabilità genitoriale
dello studente _____
oppure
lo sottoscritto _____
in qualità di ☐ alunno maggiorenne
nato a _____ il ____/____/____/CF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
frequentante:
☐ scuola dell'Infanzia _____
☐ scuola primaria _____
☐ scuola secondaria di primo grado _____
☐ scuola secondaria di secondo grado _____
classe _____ Sez. _____
sito/a 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
oppure
☐ che 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

DICHIARANO/DICHIARO di

- Essere consapevoli/e che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- Autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco o ad assistere l'alunno secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- Impegnarsi a fornire alla Scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- Impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;

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

Medico Prescrittore: Dr. _____ tel. _____

Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma _____ Data _____ Firma _____

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR), **dichiaro** di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali resa disponibile sui siti istituzionali di ciascuna delle Parti Titolari autonome coinvolte nel presente Protocollo, ciascuna per quanto di propria competenza e in relazione alle specifiche finalità perseguite.

Presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate nell'ambito del presente Protocollo, secondo quanto previsto dalle rispettive informative pubblicate dalle Parti Titolari

**PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI MEDICINA
GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE**

PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE VOLONTARIO RESOSI
DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome _____

nato a _____ il ____/

_____/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante:

- ☐ scuola dell'Infanzia _____
- ☐ scuola primaria _____
- ☐ scuola secondaria di primo grado _____
- ☐ scuola secondaria di secondo grado _____

sito/a a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

del seguente farmaco

- Principio attivo _____
- Nome commerciale _____
- Forma farmaceutica _____
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal ____ al ____; continuativa e/o al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco _____

- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: _____

- auto- somministrazione o da parte di terzi _____

In ogni caso il Medico precisa che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore essendo eseguibile **anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Firma e timbro del Medico

Data
