

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD USO
CRONICO E/O DI EMERGENZA IN AMBITO SCOLASTICO**

I sottoscritti (nome padre) _____ (nome madre) _____

_____ genitori dell'alunno/ a _____

luogo e data di nascita _____

frequentante la classe _____ sezione _____ della scuola _____

CHIEDONO

di essere autorizzati a recarsi a scuola per la somministrazione al proprio figlio/a di terapia farmacologica;

la possibilità che lo stesso si **auto-somministri** la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata (solo se espressamente previsto dalla certificazione medica allegata).

la **somministrazione** al proprio figlio/a di terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata, redatta dal dott. _____

Farmaco specifico consegnato _____

Farmaco con scadenza _____ (di cui dichiariamo di tenere nota personalmente per provvedere in tempo alla sostituzione)

Luogo e data _____

Firma di entrambi i genitori _____

AUTORIZZANO,

contestualmente, e fin d'ora, il personale scolastico non sanitario identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco salvavita e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia come da allegata prescrizione medica.

Luogo e data _____

Firma di entrambi i genitori

Reperibilità tel. _____

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma Genitore

ISTITUTO COMPRENSIVO "G. PASCOLI"
 di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado
 P.zza Paolo Ercole, 6 – 15023 Felizzano (AL) – CF: 96034370062
 Tel. 0131-791122 sel. 2 – FAX 0131-791395
 www.icpascoli-felizzano.edu.it
 email: alic81800q@istruzione.it – PEC: alic81800q@pec.istruzione.it

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

RIFERIMENTI NORMATIVI

- *Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico – MIUR e Ministero della Salute 25.11.2005*
- *D.Lgs. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.*

Con riferimento alla nota informativa prot. 3782 del 21 ottobre 2016 a firma del Dirigente Scolastico di questo Istituto, premesso che la somministrazione di farmaci non deve richiedere al personale che si renda, su base volontaria, disponibile e somministrarlo, il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica, **si richiede al medico curante di fornire cortesemente alla scuola le seguenti informazioni.**

Si ricorda che si ritiene opportuno **EVITARE CHE IN ORARIO SCOLASTICO SIANO SOMMINISTRATE TERAPIE PER IL TRATTAMENTO DI PATOLOGIE NON GRAVI E NON CRONICHE.**

Somministrazione di farmaci a scuola (si prega di COMPILARE IN STAMPATELLO)

COGNOME E NOME DELL'ALUNNO: _____

Il sottoscritto _____, medico curante del suddetto alunno dichiara l'esistenza delle seguenti condizioni:

- l'assoluta necessità del farmaco;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose da somministrare e orari: _____

Modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Durata della terapia: _____

PROTOCOLLO DI INTERVENTO

In caso di farmaco salvavita, descrivere esaurientemente i SINTOMI premonitori dell'emergenza che ne richiede la somministrazione, avendo cura di utilizzare un linguaggio semplice e comunque comprensibile al personale scolastico che deve intervenire (che non ha specifiche competenze medico-sanitarie)*

* sarebbe comunque auspicabile che venisse programmato un incontro in presenza con il personale scolastico che dovrebbe effettuare la somministrazione del farmaco, in cui il medico esponga direttamente il protocollo di intervento e chiarisca eventuali dubbi formulati dal personale scolastico stesso.

Data: _____

Timbro e firma del Medico curante

Alla Cortese attenzione del Dirigente Scolastico

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/la sottoscritto/a

(Barrare la voce che interessa)

in qualità di docente della classe.....sezione presso la scuola.....

di

in qualità di collaboratore scolastico in servizio presso la scuola.....

di

considerata la necessità di somministrare farmaci in orario scolastico agli alunni, al fine di tutelarne il diritto allo studio, alla salute ed al benessere all'interno della struttura scolastica,

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

A tal fine dichiara:

di aver frequentato apposito corso di formazione la cui durata ed i contenuti sono stabiliti dal Decreto del Ministero della Salute 15 luglio 2003, n. 388.

di non aver frequentato apposito corso di formazione la cui durata ed i contenuti sono stabiliti dal Decreto del Ministero della Salute 15 luglio 2003, n. 388.

altro.....

Luogo e data _____

FIRMA
