Allegato 1

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**
**PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO***

**Considerata l'assoluta necessità**

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE** dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

□ Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)
…….....
.....
.....
…….....
…….....
.....
…….....

□ Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):
…….....
…….....
.....
.....
…….....

Modalità di conservazione dei farmaci.....……...
……
……..

Eventuali norme di primo soccorso
…….....
.....
.....
.....

Periodo di validità della prescrizione:

_____ _____
(data) (timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____

Si allega specifica nota informativa.

* incluse le comunità educative semiresidenziali per minori.

Allegato 2

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente scolastico
Istituto

Io sottoscritto/a (cognome e nome)_____

genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome)_____

nata/o a_____il_____

frequentante la classe/sezione_____della scuola/plesso_____

**CHIEDO**

□ di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

□ che il/la sig/ra_____da me formalmente delegato possa accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

**oppure**:

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

**CHIEDO**

□ la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico

□ l'auto-somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data_____dal Dr_____

- Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

  □ autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco

  □ incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo.

==========

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

_____ _____

(data) (Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia