

MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Protocollo _____/C/FP

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

DEL LICEO SC. ST. "C.CAVOUR" (ROMA)

I sottoscritti _____

Genitori di _____

Nato/a a _____ il _____ residente in _____

_____ Telefono _____

e frequentante nell'anno scolastico _____ / _____ la classe _____ sezione _____

essendo il suddetto minore affetto da: _____

sulla base delle informazioni assunte dal Medico curante, Dottor _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico del/dei farmaco/i come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____ contenente:

01.Diagnosi;

02.Sintomatologia;

03.Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco/dei farmaci, dosaggi e modalità di somministrazione).

Dichiarano di essere a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: docenti e personale ATA. Pertanto, consapevoli che la somministrazione dei farmaci viene svolta da parte di personale non sanitario, autorizza e solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento e da qualsiasi altra conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Si autorizza/non si autorizza altresì la possibilità di prevedere l'auto-somministrazione del farmaco da parte dell'allievo/a per età, esperienza, addestramento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03.

Si allega alla presente dettagliata certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri utili: _____

Medico Curante: _____

Firma dei Genitori _____

Roma, _____

ALLEGATO

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Residenza _____

Telefono _____ Classe _____ sez. _____ Scuola "C. Cavour"

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito ed in orario scolastico del/dei seguente/i farmaco/i:

01.Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Evento _____

Orario _____

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Eventuali note di primo soccorso _____

02.Nome commerciale del farmaco _____

Dose e modalità di somministrazione _____

Evento _____

Orario _____

Durata terapia _____

Modalità di conservazione _____

Eventuali note di primo soccorso _____

Data _____

Timbro e firma del medico _____