

MODULO DI RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO PER PATOLOGIE CRONICHE O IN CASO DI EMERGENZA

I sottoscritti	
Genitore 1	Genitore 2
Genitore affidatario/tutore/esercente la responsabilità genitoriale	
di	
frequentante la sez	SCUOLA DELL'INFANZIA - PLESSO <input type="checkbox"/> Capiago <input type="checkbox"/> Montorfano <input type="checkbox"/> Senna Comasco
frequentante la classe sez	SCUOLA PRIMARIA - PLESSO <input type="checkbox"/> Capiago <input type="checkbox"/> Intimiano <input type="checkbox"/> Montorfano <input type="checkbox"/> Senna Comasco
frequentante la classe sez	SCUOLA SECONDARIA I° - PLESSO <input type="checkbox"/> Capiago Intimiano <input type="checkbox"/> Senna Comasco

e constatata l'assoluta e inderogabile necessità

CHIEDONO

- di poter accedere a scuola nel seguente orario.....per poter procedere personalmente alla somministrazione
- di poter accedere a scuola nel seguente orario su segnalazione dei docenti e secondo necessità per poter procedere personalmente alla somministrazione
- la somministrazione da parte del personale della scuola (personale non specializzato)
- la somministrazione da parte del personale della scuola (personale non specializzato) solo in caso di impossibilità da parte dei genitori
- che il/la proprio/a figlio/a si autosomministri la terapia in atto in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data.....dal Dr.....
- sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita: al periodo dal...../.....

al corrente anno scolastico

A tal fine:

- Precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte del personale non sanitario, di cui AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologica effettuata nelle modalità indicate
- Allega certificazione sanitaria e istruzioni dettagliate rilasciate dal medico curante recanti la necessità indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con l'indicazione di: posologia, orari, modalità di somministrazione e di conservazione dei farmaci, descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione
- Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità d'intervento
- Si impegna a consegnare a scuola i farmaci in confezione integra, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento
- Acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D. Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta

Numeri di telefono utili:

Medico Curante: dr

Genitori (casa, lavoro, cellulare)

“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”.

(luogo e data)

Firma
