

Al Dirigente Scolastico

ISTITUTO "MAX PLANCK"

Via Franchini, 1

31020 Lancenigo di Villorba (TV)

Tel. 0422 6171

e-mail: TVTF04000T@istruzione.it

TVTF04000T@pec.istruzione.it

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SAVAVITA

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti : _____

genitori di _____ nato a _____

il _____ residente a _____

in via _____ frequentante la classe _____

essendo il minore affetto da _____

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e in orario scolastico dei farmaci
come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____.

Si precisa che la somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale scolastico di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e successive modificazioni ed integrazioni (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute della persone).

SI

NO

Data _____

Firma di genitori o di chi esercita la patria potestà:

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta /Medico curante

- Genitori



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

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E
QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI
TIPO SANITARIO**

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^a dose _____ 2^adose _____ 3^a dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

NOME COMMERCIALE del farmaco _____

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^a dose _____ 2^adose _____ 3^a dose _____

Durata della terapia dal _____ al _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

Timbro

ESTRATTO DELLA NORMATIVA
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA

Il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, d'intesa con il Ministero della Salute, emanò, nell'anno 2005 un Atto di Raccomandazione contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitassero di assunzione di farmaci in orario scolastico (Nota MIUR Prot. n. 2312/Dip/Segr del 25 novembre 2005).

Art. 2 – Tipologia degli interventi – La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle ASL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Art. 4 – Modalità d'intervento – La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la presentazione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

N.B.: Le richieste delle famiglie con relativa certificazione vengono ricevute e controllate dalla segreteria ed inoltrate in copia al Referente di Sede