|  |
| --- |
| Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della RicercaISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - Via Locatelli, 324060 San Paolo d’Argon BG |
|  |

**Richiesta ed Autorizzazione alla somministrazione farmaci in ambito scolastico.** (per i genitori)

I sottoscritti……………………………..…………………………..genitore/tutore legale del minore……………………………………frequentante la classe/sezione………………….della scuola……………………………………………….………….

 **CHIEDONO**

la somministrazione di terapia farmacologica **al bisogno** (farmaco salvavita), in ambito scolastico, come da prescrizione medica rilasciata in data……..……dal dott………………………………………(in mio possesso.)

**AUTORIZZANO**, contestualmente, il personale scolastico, resosi disponibile ed autorizzato dal D.S., alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di seguito descritta:

FARMACO………………………………………………………………………………………………………..

DOSI………………………………………………………………………………………………………………..

ORARIO DI SOMMINISTRAZIONE ……………………………………………………………..……………

MODALITA DI CONSERVAZIONE……………………………………………………………………..……..

SCADENZA SULLA CONFEZIONE……………………………………………………………………………..

Con la presente acconsentiamo anche al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03.

**Firma del Padre**……………………………………………………………….….

(o di chi ne fa le veci)

**Firma della Madre**……………………………………………………..………..

(o di chi ne fa le veci)

**Data**………………………………………………

**Allegano: elenco nominativi personale autorizzato, procedura di somministrazione**

|  |
| --- |
| Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della RicercaISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - Via Locatelli, 324060 San Paolo d’Argon BG |
|  |

**autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita**

(per i genitori e personale disponibile)

 Al Personale Docente

 Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

all’alunno/a .................................................................................. frequentante

la classe/sezione ..................... della scuola……………………………………………………….

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Signor/a

........................................................................................................................................

Per il /la figlio/a

 ...................................................................................................................................

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita,** il Dirigente Scolastico **autorizza** a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell’allegato piano di azione.

**(il personale atto alla somministrazione del farmaco è volontario e dotato di adeguata formazione)**

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personale Docente: |  | Personale ATA: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Luogo e Data ........................................ il ...................................

|  |
| --- |
| Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della RicercaISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - Via Locatelli, 324060 San Paolo d’Argon BG |
|  |

**autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile**

 Al Personale Docente

 Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all’alunno/a........................................................................frequentante la classe/sezione .................

scuola ...................................................................................................................................................

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

al/i Sig. ...............................................................................................................................................

per il/la figlio/a ...................................................................................................................................

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile,** il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

* Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale.................................. da somministrare ogni giorno alle ore ............... all'alunno/a nella dose di ..................................................................................... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
* Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato1.
* Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione2:
* Il medicinale sarà somministrato all'alunno da3:

....................................................................... .......................................................................

 Luogo e Data .......................................................

Per presa visione e conferma della disponibilità:

|  |
| --- |
| Il Personale incaricato (firma): |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

2. Indicare il luogo della custodia

3. Indicare il nominativo del personale incaricato e le event