Allegato A

Somma Vesuviana,lì

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
SSPG "SG Bosco – Summa Villa"

Oggetto: Autorizzazione alla somministrazione farmaci in orario scolastico

I sottoscritti_____e_____genitori dell'alunna/o_____nato/a il_____frequentante la classe_____sezione_____plesso _____

RICHIEDONO

☐ la somministrazione, in orario scolastico, al bisogno dei farmaci sotto indicati, come da prescrizione medica allegata. I sottoscritti, consapevoli che il personale scolastico non ha il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, autorizzano, contestualmente, il medesimo personale identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevano lo stesso personale scolastico da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

☐ la possibilità che la/lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata, sollevando il personale scolastico da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla mancata somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

Farmaco……

Dosi……..

Periodo di somministrazione……..

Modalità di conservazione……..

Data……..

I sottoscritti dichiarano inoltre che tale somministrazione risulta indispensabile per garantire la continuità della cura. A tal fine rilasciano alla scuola la sotto indicata documentazione:

1. certificazione medica <<con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere>> che dettaglia in particolare la <<conservazione, modalità e tempi di somministrazione, la posologia>> del farmaco. La certificazione specifica anche che la somministrazione del farmaco *<<non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione e conservazione del farmaco e che risulta pertanto fattibile anche da parte di personale non sanitario, come quello scolastico.*

Consegnano alla scuola i sotto indicati medicinali e strumenti:

_____

_____

I sottoscritti acconsentono inoltre che tutto il personale scolastico sia informato (SI) (NO)

Altro da dichiarare

_____

_____

_____

Reperibilità di_____tel_____cellulare_____

Reperibilità di_____tel._____cellulare_____

FIRMATO_____

_____

Note

* La richiesta/autorizzazione va indirizzata al Dirigente Scolastico, al presente modulo va allegata la relativa dichiarazione effettuata dal medico curante
* Essa ha la validità specifica dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario
* Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico
* I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

Le informazioni contenute nella presente comunicazione e relativi allegati sono riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente alle persone o all'ente sopraindicati. La diffusione, distribuzione e/o copia del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita sia ai sensi dell'art. 616 c.p. sia ai sensi della legge n. 196/2003. Se avete ricevuto questo messaggio per errore, vi preghiamo di eliminarlo da qualsiasi supporto magnetico e/o cartaceo e di informarci tempestivamente.