**RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

 Al Dirigente Scolastico

dell’IIS Russell

via San Carlo 19

Garbagnate Milanese

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/ C. Fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ liceo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN ) nell'allegata prescrizione redatta in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/

**** **sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

 ****  **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

 Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acconsento 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 e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

 Firma

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Medico Prescrittore: Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_tel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Genitori: Madre cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Padre cell.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Note – vedi retro**

**NOTE**

* La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
* La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
* In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
* I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
* Eventuali variazione vanno certificate e comunicate tempestivamente
* Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro che esercita la potestà

INDICAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA *- ex DGR 6919/2017*

**PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**NELLA CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO, IL MEDICO**  ( *Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale )* **CHE HA IN CURA L’ALUNNO DEVE RIPORTARE:**

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*

2. Qualifica ( Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista )

3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell’alunno

4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l’orario scolastico

* Principio attivo
* Nome commerciale
* Forma farmaceutica
* Modalità di somministrazione ( da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione )
* Dosaggio e orario
* Modalità di conservazione
* Durata ( dal ------- al ------ oppure continuativa )
* Descrizione dell’evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

a) Nome del farmaco

b) Dose e modalità di somministrazione

c) Evento che determina l’esigenza di somministrazione del farmaco