

MODELLO 1

CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Lo studente minorenni (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

PATOLOGIA CRONICA

PATOLOGIA ACUTA

CONSEQUENTEMENTE E' PREVISTA

L'AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DELLO STUDENTE STESSO

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEL GENITORE O SUO DELEGATO A SCUOLA

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI INDICATI DA PARTE DEGLI OPERATORI SCOLASTICI NON SPECIALISTI

ALLE SEGUENTI INDICAZIONI DI SOMMINISTRAZIONE

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione): _____

Durata della terapia (massimo 1 anno scolastico) _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita" (*descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità*)

Modalità di conservazione: _____

E' indispensabile la conservazione in frigorifero

SI

NO

Data _____

Timbro e firma del Medico

MODELLO 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DEL GENITORE

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "E. Bontempi"
Agrate Brianza (MB)

I sottoscritti,

(Madre): Cognome _____ Nome _____

(Padre): Cognome _____ Nome _____

GENITORI oppure SOGGETTO CHE ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE SU

Lo studente minorenni (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato a _____ il _____ Frequentante la classe _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, a tal fine

SI IMPEGNA

A consegnare il/i farmaco/i a scuola ed a garantire il controllo della scadenza.

AUTORIZZA

- IL PERSONALE EDUCATIVO E DI SUPPORTO DELLA STRUTTURA OSPITANTE IL MINORE, ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL/DEI FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO MODELLO 1, SOLLEVANDO, PER QUANTO DI PROPRIA PERTINENZA, LO STESSO DA EVENTUALI RESPONSABILITÀ CIVILI DERIVANTI DA TALE ATTO.
- IL MINORE STESSO ALLA AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL/I FARMACO/I COME INDICATO NELL'ALLEGATO MODELLO 1

Si allega la certificazione sanitaria rilasciata dal Medico curante (Modello 1).

Numeri di telefono utili: MEDICO _____ GENITORI _____

Data _____

Firma/e