Villa di Serio, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Al Dirigente Scolastico*

*Istituto Comprensivo Villa di Serio*

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

*per patologie croniche o in caso di emergenza*

Il/La sottoscritt… ……………………………………………………………………………………………

Nat…. a ……………………….…………..…………. prov. …….…………. il ………...………………...

Residente a ……………………………………….. in via …………………………………………………

In qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore …………………..…...……………..…………..…. nat…. a …………….…..…………. prov. …….…………. frequentante la classe …….. sez. ….….. a.s. ………………… della scuola …………………..…...……………..…………..…. di …………………..…...……………..…………..….

essendo il minore affetto da …………………………………………...……………..…………..…. e constatata l’assoluta necessità

**CHIEDE**

*(barrare le voci che interessano)*

sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

* la SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato
* la possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE in ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica, **(MODULO A allegato alla presente)** rilasciata in data …………..…………. dal Dott. …………………..……..….
* sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante. **(MODULO A allegato alla presente)**

La richiesta è riferita:

* al periodo dal ………………..…… al ……………………….
* al corrente anno scolastico …….……... / .………...

A tal fine precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui **AUTORIZZA FIN D’ORA L’INTERVENTO, sollevando il personale della scuola ospitante il minore da eventuali responsabilità civili e penali** derivanti dalla somministrazione della terapia farmacologia effettuata nelle modalità indicate.

**Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante (come da MODULO A allegato alla presente)**, recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola per patologie croniche e per interventi di emergenza, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell’evento per cui è indispensabile la somministrazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La comunicazione all'Istituto dei dati inerenti allo stato di salute dell'allievo, fatta al fine di garantire la somministrazione di farmaci in orario scolastico ai sensi del "Protocollo di intesa stipulato tra Regione ML 401F richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico Pagina 2 di 2 Lombardia e l'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola del 13/09/2017" ed il "Modello organizzativo per la gestione della somministrazione dei farmaci a scuola - ATS di Bergamo del 15/12/2017" e sue note esplicative del 17/01/2018, avviene al fine di salvaguardare la salute dell'allievo stesso.

Le istruzioni operative per la somministrazione del farmaco e l'identità dell'allievo interessato verranno rese note al personale docente e non docente che opera nelle immediate vicinanze dello stesso ed a nessun altro.

L'informativa privacy completa è visionabile sul sito internet dell'Istituto.

Data …………………………. Firma del genitore/tutore

…………………………………………….

*Numeri di telefono utili:*

*Medico Curante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Genitori: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Altre Persone (indicare nome cognome telefono):*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Visto: IL DIRIGENTE SCOLASTICO

…………………………………………….

**MODULO A**

*Al Dirigente Scolastico*

*Istituto Comprensivo Villa di Serio*

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

*per patologie croniche o in caso di emergenza*

*– allegare anche il Certificato Medico –*

**Compilazione a cura del MEDICO CURANTE**

**Prescrizione specifica dei farmaci da assumere**

* + Nome commerciale del farmaco:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

* + Modalità di conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (se è conservato personalmente dallo stesso alunno

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

* + Modalità e tempi di somministrazione, posologia: (descrivere la procedura nei dettagli, indicando in sequenza le operazioni sa compiere)

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Eventuale descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA:

* Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico
* Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori, personale medico o operatori specificatamente formati)
* Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell’alunno

Data, ………………………….

Il Medico Curante

………………………….