

ALLEGATO n. 1

RICHIESTA PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti _____
genitori di _____ frequentante la classe _____ della
scuola _____ di _____
essendo il minore affetto da _____ e constatata
l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione
medica rilasciata in data _____ dal Dr. _____.

- Precisano che la somministrazione del farmaco è/non è fattibile anche da parte di personale non sanitario di cui si autorizza fin d'ora l'intervento; è necessario/non è necessario l'intervento del 118
- Si impegnano a fornire il farmaco in confezione integra e la prescrizione medica recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orario e modalità;
- Si impegnano anche a comunicare immediatamente e per iscritto ogni eventuale variazione di trattamento;
- Si rendono disponibili a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento;
- Sono consapevoli che la presente richiesta ha validità fino al termine del corrente anno scolastico e che dovrà, dunque, essere rinnovata per l'a.s. successivo o al verificarsi di cambiamenti nella somministrazione del farmaco;
- Sono consapevoli che, in caso di emergenza, saranno allertati i servizi sanitari.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico (insegnanti e collaboratori/trici scolastici) e pertanto

AUTORIZZANO e SOLLEVANO

Il personale da ogni responsabilità relativa alla somministrazione della terapia farmacologica di cui all'allegata prescrizione medica e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso. Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento: _____

Locorotondo, _____

Firma dei Genitori

Recapiti telefonici

MADRE	
PADRE	
TUTORE	
MEDICO/PEDIATRA	

SI PREGA DI AGGIUNGERE OGNI ALTRO DOCUMENTO UTILE ALLA SOMMINISTRAZIONE