MOD. BSS/A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
LIBERATORIA

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. di TEOLO

Il/la sottoscritto/a _____

esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a _____

data di nascita _____/_____/_____

frequentante la scuola ☐ infanzia ☐ primaria ☐ secondaria di I grado, classe _____ sezione ____

DICHIARA

che l'alunno/a di cui sopra necessita dell'assunzione di farmaci in orario scolastico, così come da certificato medico allegato rilasciato in data _____/_____/_____ dal Dott. _____

CHIEDE

che venga somministrato allo/a stesso/a il farmaco _____

☐ in caso di emergenza dovuta a _____

secondo i dosaggi e le modalità di somministrazione previsti dal protocollo individuale stilato dal servizio infermieristico dell'Azienda ULSS 16 in caso di epilessia, diabete o anafilassi; secondo i dosaggi e le modalità di somministrazione indicati dal medico curante in caso di asma

☐ come terapia di mantenimento conseguente a malattia cronica secondo i dosaggi e le modalità di somministrazione riportati nel certificato medico allegato

da parte del personale scolastico specificamente informato/formato

ESONERA

la scuola da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione stessa secondo le modalità e i dosaggi indicati,

AUTORIZZA

la scuola all'impiego di una fotografia del/la alunno/a da apporre sulla copertina del protocollo di intervento da attivare in caso di emergenza (SE PREVISTO), che verrà affisso in prossimità del telefono impiegato per le chiamate di soccorso, con lo scopo di salvaguardare al meglio l'incolumità fisica del minore in oggetto.

Si allega alla presente domanda il certificato medico attestante la patologia, la necessità di somministrazione del farmaco dichiarato e la precisa indicazione del dosaggio e delle modalità di somministrazione.

Data _____ Firma _____

RISERVATO AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Si autorizza alla somministrazione di cui sopra il personale docente e A.T.A. specificamente informato/formato.

Il Dirigente Scolastico

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

OGGETTO: **Dichiarazione medica.**

Il sottoscritto Dott. ……..

medico curante dell'alunno/a……

nato/a a ……il ……

iscritto alla scuola …… Classe …… Sez. ……

DICHIARA

che l'alunno/a è affetto da ……

……..

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):

……

……

……

è necessario che venga somministrato il farmaco ……..

……..

nella seguente posologia ……..

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione ……

……..

……

durata della terapia: dal …….. al ……..

Modalità di conservazione del farmaco: ……

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non comporta particolari controindicazioni dal punto di vista clinico e che gli eventuali effetti collaterali dovuti alla somministrazione del farmaco stesso sono praticamente inferiori come frequenza e gravità rispetto alla situazione di urgenza che si può verificare

…… ……..

Data Firma

Documentazione da produrre

Documentazione che devono produrre gli esercenti la potestà genitoriale:

1. **Certificazione medica**;

2. **Richiesta di somministrazione motivata di farmaci** (somministrazione del farmaco non differibile in orario extrascolastico e impossibilità di provvedere autonomamente), **da parte dei genitori** (modello BSS/A allegato), in cui si autorizza il personale individuato dalla scuola a somministrare il farmaco al figlio, con la modalità e il dosaggio indicati dal medico;

3. **Dichiarazione medica**, con relativa prescrizione, intestata all'alunno (modello allegato) recante:
   - il nome commerciale del farmaco;
   - la modalità di somministrazione;
   - l'esatta posologia;
   - l'orario di somministrazione;

4. **Istruzioni del medico curante**, intestate all'alunno, indirizzate al personale scolastico, su posologia e modalità di somministrazione del farmaco in caso della comparsa di episodi acuti di cui devono essere descritti i sintomi e comportamenti da assumere nel caso il farmaco non risultasse efficace.