**RICHIESTA**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti…………………………………………………………………………….e…………………………………………………………………..

In qualità di genitori – affidatari – tutori dell’alunno/a…………………………………………………………………………………..

□ frequentante la classe ………………………………………………..della scuola …………………………………………………………..

□ frequentante il corso …………………………………………………….dell’Agenzia formativa………………………………………..

Nell’anno scolastico …………………………………………………………..affetto da ………………………………………………………….

E constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da

prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………………..dal Dott……………………………………………….

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

□ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

□ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d’ora l’intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

□ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

 □ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull’avvenuta somministrazione)

 □ B. L’affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n………………. confezioni integre, Lotto …………………………….scadenza…………………………………**

**Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

**In fede**

 **Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale**

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

**Data,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**N.B.**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**Numeri utili**

Telefono fisso …………………………………………… ……………………………………….. ……………………………………………..

Telefono cellulare ………………………………………… ……………………………………………. ………………………………………

Telefono Medico curante (Dott………………………………………………………….. ……………………………………………….)

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

**Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità**

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,

IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL’ALUNNO

Cognome……………………………………………………………………….Nome……………………………………………………………………………………

Nato/a il………………………………………………………a…………………………………………………………………………………………………………….

Residente a …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

In via…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Frequentante la classe…………………………………della scuola…………………………………………………………………………………………..

Sita a………………………………………………………………………….in Via……………………………………………………………………………………….

Dirigente Scolastico……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Affetto/a da………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Nome commerciale del farmaco da somministrare**: ………………………………………………………………………………………………

**Modalità di somministrazione:** …………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Orario:** 1^ dose………………………...; 2^ dose…………………..……; 3^ dose……………………………..; 4^ dose……………..…………;

**Durata della terapia**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Modalità di conservazione:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita

(barrare la scelta):

□ Parziale autonomia □ Totale autonomia

**Terapia d’urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: …………………………………………………………………………………………………………………

Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione: ………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dose: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Modalità di somministrazione :……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Modalità di conservazione: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Note……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data,……………………………………………

 Timbro e Firma del Medico curante

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Nome e Cognome dell’alunno…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Frequentante la classe ……………………………………istituzione scolastica o formativa……………………………………………………..

Nome e Cognome dell’operatore scolastico o formativo e profilo professionale …………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL’INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL’OPERATORE SANITARIO**

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico/Formativo

………………………………………………… ……………………………………………………………………..

1. **ESECUZIONE TECNICA DELL’OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL’OPERATORE SANITARIO**

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico/Formativo

………………………………………………… ……………………………………………………………………..

1. **CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell’operatore scolastico o formativo.

Data……………………………… Firma Operatore Sanitario

 …………………………………………………………………

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l’esecuzione tecnica dell’intervento.

Data……………………………… Firma Operatore Scolastico/Formativo

 …………………………………………………………………

1. **DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti, genitori dell’alunno/a ………………………………………………….., con la presente **delegano formalmente**  il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)………………………………………………………………………………Firma (madre)………………………………………………………….

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO/ RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

 ……………………………………………………………………………

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

(in caso di alunno/a maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) …………………………………………………………………………………………………………………………

nato a ……………………………………………………………………………………………………………il……………………………………………………………

residente a ………………………………………………………….in Via ……………………………………………………………………………………………

tel………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

studente/studentessa che frequenta la classe………………………………………sez………………………………………………………………

scuola………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

sita in Via……………………………………………………………………………………………………………………………..Cap…………………………….…

Località …………………………………………………………………………………………………………………………………Prov……………………………..

COMUNICO

Che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale) …………………………………………………………………..

come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

 SI □ NO □

 In fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma dell’interessato/a

 …………………………………………………………………

Data,…………………………………