

MODULO B (Auto-somministrazione)

Al Dirigente Scolastico
I.C.S. Passerini
Induno Olona (VA)

Il/la Sottoscritto/a _____ genitore
dell'alunno/a _____ nato/a a _____
frequentante la classe _____ della scuola _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a è affetto/a dalla seguente patologia:

come attestato dalla certificazione medica allegata alla presente* e che necessita quindi di assumere in orario scolastico il seguente farmaco per il quale è prevista l'**auto-somministrazione**:

Pertanto RICHIEDE

che gli insegnanti di classe permettano all'alunno/a di assumere il farmaco secondo le modalità e la posologia indicate nelle allegate istruzioni mediche, sollevando la Scuola da ogni responsabilità.

la custodia del farmaco da parte del personale scolastico

La richiesta è riferita:

al periodo dal _____ al _____

al corrente anno scolastico _____ / _____

In base a quanto previsto dal Regolamento UE n.679/2016 e dal D. Lvo 196/2003, il sottoscritto esprime il proprio consenso al trattamento dei dati contenuti nella presente comunicazione.

Si rende disponibile a concordare un incontro in cui definire le modalità di intervento, coinvolgendo, quando necessario, anche il personale sanitario.

Inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione del trattamento.

ALLEGA:

1. Certificazione medica attestante la patologia;
2. Modulo C – Istruzione del medico curante

In fede

Numeri di telefono utili:

Medico Curante _____

Genitori _____

Data _____

FIRMA

* NB: In ottemperanza alle Raccomandazioni emanate congiuntamente dal Ministero dell'Istruzione e dal Ministero della Salute in data 25/11/2005, la certificazione medica dovrà contenere le modalità di conservazione e di somministrazione e la posologia del farmaco nonché la chiara indicazione che la somministrazione stessa può essere effettuata da personale non sanitario e che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

MODULO C

Allegato al Certificato Medico:
ISTRUZIONI DEL MEDICO CURANTE

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

Nome commerciale del farmaco: _____

Modalità di conservazione del farmaco (se a carico della scuola) o, in alternativa, indicare che può essere conservato personalmente dall' alunno: _____

Modalità e tempi di somministrazione, posologia: _____

Scegliere i casi che ricorrono

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

Eventuale descrizione dell'evento e della sintomatologia che richiedono la somministrazione del farmaco: _____

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

In ottemperanza alle Raccomandazioni emanate congiuntamente dal Ministero dell'Istruzione e dal Ministero della Salute in data 25/11/2005, si dichiara che la somministrazione del farmaco può essere effettuata da personale non sanitario e che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Data _____

Il Medico Curante
