

MODULO PER LA RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

Al Dirigente Scolastico dell'IC
di Roncoferraro

I sottoscritti
Genitori Tutori dell'alunno/a
Frequentante nell'anno scolastico 20../20.... la classe/sezione della scuola
..... Telefono fisso
telefono cellulare

Preso atto di quanto disposto dal protocollo d'intesa tra USR Lombardia e Regione per la Lombardia per la somministrazione dei farmaci a scuola (DGR. X/6919 del 24.07.2017);
Preso atto del modello organizzativo relativo alla somministrazione dei farmaci adottato da Ats della Val Padana;

RICHIEDONO

L'auto-somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata.

Allegano prescrizione/certificazione redatta dal medico curante recanti la necessità e indispensabilità di auto-somministrazione farmaci a scuola con posologia, orari, modalità e con descrizione dell'evento per cui è indispensabile la somministrazione

DICHIARANO

- la presente disponibilità e/o recapito per essere contattati in caso di necessità/consulenza: _____
- di delegare le seguenti persone per il contatto/consulenza in caso di necessità

al seguente recapito telefonico _____

AUTORIZZANO

l'auto – somministrazione del farmaco da parte dell'alunno, sostenuta e dichiarata possibile dal medico che redige la richiesta medica,

SI IMPEGNANO

A comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Data _____ FIRMA dei genitori _____
