

Al Legale rappresentante e alla Coordinatrice
della Scuola dell'Infanzia Fondazione San Giuseppe
di Fenegrò

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte di personale della scuola) in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) (Nome).....

nato il.....

frequentante nell'anno scolastico/.....

la Scuola dell'Infanzia Fondazione San Giuseppe, Sezione.....

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia

.....

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale della Scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore .

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'Allegato 3

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

In fede.

Data,

Firma

Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Vista la richiesta della famiglia (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

Visto il Protocollo della Scuola per la somministrazione di farmaci a scuola;

Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

Si fornisce formale

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e Nome	Indicare se docente o ATA	Firma per disponibilità

Luogo e data _____

Il Legale rappresentate e la Coordinatrice in data _____ autorizzano il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Il Legale rappresentante e/o la Coordinatrice

.....

Il minore (Cognome) (Nome)
nato il.....residente a

Necessita
della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

.....

.....

.....

durata della terapia

(*Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi*)

.....

.....

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

.....

Data,

timbro e firma del medico

Allegato 4
Al Legale rappresentante e alla Coordinatrice
della Scuola dell'Infanzia Fondazione San Giuseppe
di Fenegrò

Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) (Nome)..... nato

il..... e frequentante nell'anno scolastico/.....

la Scuola dell'Infanzia "....."

Sezione.....

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

****Eventuale Delega*

Il sig..... di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra

A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.

In fede,

Data _____

Firma

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori