***Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell’Istituto, sul Protocollo Riservato)***

Al Dirigente Scolastico I.C.S. Cesareo-Salgari Palermo

I sottoscritti in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto

in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) di

......................................……………..........nato/a …………………..a.......................il e

frequentante nell'anno scolastico……… la classe....

 INFANZIA PRIMARIA SEC.1°GRADO

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine, autorizzano:

* **Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento**
* **Il minore stesso alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico.**

Si allega:

* **Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria**
* ***Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico***

Numeri di telefono utili: Medico Curante… /Genitori

……………………………………………………………..

Palermo, …./..../.... Firma …………………………………………………………………………………………………

***Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell’Istituto, sul Protocollo Riservato)***

Al Dirigente Scolastico I.C.S. Cesareo-Salgari

Palermo

Il minore

….........................................................................................................nato il ………………………

Residente a e

frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

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

Pertanto, necessita della

* **somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
* **definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

* + **Nome commerciale del/i farmaco/i e principio**

attivo…………………………………………………………………………....………………………………………………………

* + **Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)**

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

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

* + **Modalità di conservazione del farmaco**

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

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

* + **Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)**

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

È prevista l’autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell’alunno: SI □ NO □

Data, …………….. timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza: ………………………………………..

**Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico *(da caricare, a cura della Segreteria dell’Istituto, sul Protocollo Riservato)***

Al Dirigente Scolatico

I.C.S. Cesareo-Salgari

Palermo

In data .......... alle ore .......... i sottoscritti in qualità

di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a (indicare le *iniziali*)...................... frequentante la

classe...........................consegnano nelle mani di una

confezione nuova ed integra del farmaco

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico secondo l’apposito modulo, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

I genitori:

* + - **autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.**
		- **provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato**
		- **comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.**

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.............................................................................................................................

.................................................................................................................................... Il Dirigente Scolastico .......................................................................................

Il Personale della scuola (qualifica)...................................................................

I genitori .........................................................................................................

Si allega:

* + - **copia dell' *Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico*)**

Palermo, …………………………………………………Firma dei genitori…………………………….