

	<p style="text-align: center;">ISTITUTO COMPRENSIVO "A.B.SABIN" Via Residenza Archi – 20090 Segrate (Milano) Tel. 02 264 11 001 e- mail miic8bk001@icsabin.edu.it www. icsabin.edu.it cod. fiscale 97270350156 cod.scuola MIIC8BK00L</p>	
	MOD.61 - Allegato Somministrazione Farmaco	MOD.61

ALLEGATO 1

- RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE;**
- RICHIESTA AUTORIZZAZIONE VARIAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE;**

I genitori dell'alunno/a

Nato/a a il

Codice fiscale

Frequentante la classe del Plesso

Telefono dei genitori

Richiedono, considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, la somministrazione del farmaco sotto indicato e autorizzano il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico a provvedere all'attuazione della prescrizione e sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dal protocollo medesimo e di seguito descritta:

PRINCIPIO ATTIVO	
NOME COMMERCIALE	
FORMA FARMACEUTICA	
MODALITA' SOMMINISTRAZIONE	DA TERZI <input type="checkbox"/> AUTOSOMMINISTRAZIONE <input type="checkbox"/> <small>(consentita solo per gli alunni della scuola secondaria)</small>
DOSAGGIO E ORARI	
DURATA DELLA TERAPIA	DAL AL

DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE PREVEDE LA SOMMINISTRAZIONE	
---	--

In caso di somministrazione di Adrenalina per rischio anafilassi

NOME DEL FARMACO	
DOSAGGIO E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE	
DESCRIZIONE DELL'EVENTO CHE PREVEDE LA SOMMINISTRAZIONE	

NOME E COGNOME DEL MEDICO E QUALIFICA	PEDIATRA <input type="checkbox"/>	MEDICO DI FAMIGLIA <input type="checkbox"/>
FIRMA DEL MEDICO E TIMBRO		

I genitori si impegnano a:

- Comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione della terapia e/o modalità di somministrazione del farmaco (ricompilare Allegato 1);
- Consegnare in segreteria all'inizio dell'anno scolastico il farmaco autorizzato in confezione integra e a ritirarlo al termine dell'anno scolastico e a verificare la data di scadenza.

La validità della richiesta di somministrazione corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa.

In caso firmi un solo genitore egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

I genitori acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza.

Data	Firma genitori
VISTA LA DOMANDA E LA COMPLETEZZA DELLA DOCUMENTAZIONE SI AUTORIZZA	IL DIRIGENTE SCOLASTICO Elisabetta Trisolini