|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| immagine-incollata.tiff | **ISTITUTO COMPRENSIVO “A.B.SABIN”**  **Via Residenza Archi – 20090 Segrate (Milano)**  **Tel. 02 264 11 001**  **e- mail** [**miic8bk00l@icsabin.edu.it**](mailto:miic8bk00l@icsabin.edu.it)[**www.**](http://www/) **icsabin.edu.it cod. fiscale 97270350156**  **cod.scuola MIIC8BK00L** | immagine-incollata.tiff |
|  | **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 COMMERICIALE |  |
| FORMA FARMACEUTICA |  |
| MODALITA’ SOMMINISTRAZIONE |  **DA TERZI**   **AUTOSOMMINISTRAZIONE (possibile solo per gli alunni della scuola secondaria)** |
| 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 – QUALIFICA** | ** PEDIATRA  MEDICO DI FAMIGLIA** |
| **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 |