



RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI DURANTE I SERVIZI DI PRE E POST SCUOLA

All'Ufficio Servizi Scolastici e CAG

ufficioscuola@comune.paderno-dugnano.mi.it

Scuola dell'infanzia

Scuola primaria

Nome scuola
Io sottoscritto/a

genitore/tutore dell'alunno/a

nato a il / / Codice Fiscale

frequentante il servizio Pre scuola infanzia

Post scuola infanzia

Pre scuola primaria

Post scuola primaria

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SNN) nell'allegata prescrizione redatta in data / /

sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale dei servizi di Pre e Post scuola

Autorizzo contestualmente il personale del Pre e Post scuola alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno, inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica con la supervisione del personale dei servizi di Pre e Post scuola

Data Firma

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/3, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime d'urgenza.

Data Firma

o Medico Prescrittore: Dr. tel
o Genitori: Madre cell.: Padre cell.:

Note – vedi retro



NOTE

- La richiesta deve essere trasmessa tramite mail al seguente indirizzo ufficioscuola@comune.paderno-dugnano.mi.it.
- La validità corrisponde al trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in corso in caso di terapia continuativa
- I farmaci prescritti devo essere consegnati presso la sede integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia a scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico.
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente.
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.
- La certificazione – piano terapeutico redatta dal medico che ha in cura il/la minore (*Pediatra o Medico di famiglia o specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale*) deve riportare le seguenti informazioni:
 1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
 2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
 3. Nome, Cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
 4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario dei servizi di Pre e Post scuola
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di somministrazione di ADRENALINA per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco