

Al Coordinatore AED
dell'Istituto Maria Ausiliatrice
Via Caldone, 18
23900 LECCO

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O
PRESIDI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO DA PARTE DEL GENITORE O DI CHI NE
ESERCITA LA RESPONSABILITA' GENITORIALE O IL TUTORE**

I sottoscritti:

(Cognome) (Nome) _____

(Cognome) (Nome) _____

in qualità di: genitori soggetto che esercita la responsabilità genitoriale tutore di:

(Cognome) (Nome) _____

nato/a il _____ a _____

frequentante la classe _____ sez. _____ scuola _____

nell'anno scolastico _____

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/ i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata redatta in data _____, consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico/educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione del/i seguente/i farmaco/i:

da parte di:

Minore/ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i, supervisionato dal personale scolastico;

Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, altre figure delegate, personale scolastico docente e ata):

(indicare)



A tal fine:

SI IMPEGNA/NO A:

- fornire alla scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ...);
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- fornire il frigorifero, se necessario, per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura;
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia
- allegare certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, come da modello.
- allegare modello informativa privacy, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

Recapiti telefonici:

- Genitore/tutore _____
- Genitore/tutore _____
- Medico curante _____
- Altri numeri utili _____

Data _____

Firma madre _____

Firma padre _____

N.B. Si precisa che la richiesta di somministrazione deve essere firmata da entrambi i genitori. Qualora il documento sia firmato da un solo genitore, si intende che quanto riportato sopra sia stato condiviso da entrambi.

La richiesta deve essere presentata al Coordinatore AED ad ogni cambio di ciclo o modifica del piano terapeutico e anche in caso di trasferimento/passaggio ad altra Istituzione Scolastica.