

RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico
del C.D Dante Alighieri di Brusciano

I / II / La sottoscritti / o / a.....
(barrare una delle caselle)

- In qualità di genitori
- In qualità di affidatario esclusivo¹
- In qualità di tutore²
- In qualità di genitore vedovo / a³

Dell'alunno/a⁴nato/ail.....frequentante

la classe.....sez..... Infanzia / Primaria

CHIEDE/CHIEDONO

che in presenza dei sintomi indicati nella certificazione medica allegata il minore possa provvedere all'AUTOSOMMINISTRAZIONE del/dei seguente/i farmaco/i:

.....

La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell'alunno, patologia, descrizione dell'evento con specifica sintomi per i quali si richiede la somministrazione del farmaco, nome commerciale del farmaco, dose da somministrare, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco, durata della terapia nonché attestazione della capacità del minore di saper provvedere autonomamente all'autosomministrazione.

Inoltre i genitori si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

A tal fine chiede/chiedono che il/i farmaco/i, consegnato con verbale di consegna, venga/no **conservato/i nella cassetta del pronto soccorso** dell'infermeria insieme alla certificazione medica allegata; inoltre si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla sua/loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento in caso di utilizzo.

Segnalano altresì la presenza del farmaco nello zaino dell'alunno, coscienti che il personale della scuola non ne sarà responsabile per perdita o smarrimento.

ACCONSENTONO

¹ In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.

² In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.

³ In caso di vedovanza di uno dei genitori allegare alla richiesta autocertificazione resa ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 mod. ed int. dall'art.15 della Legge n.3/2003 e dall'art.15 comma 1 della L.183/2011

⁴ Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 all'interno dell'Istituzione scolastica.

Si allega certificazione medica.

Numeri di telefono utili:

Pediatra di riferimento o medico certificatore

Genitori 1:

Genitore 2.....

Data

In fede,

Firma/e

Genitore 1

Genitore 2



*DIREZIONE DIDATTICA STATALE
"DANTE ALIGHIERI"
Via Marconi n° 10 - 80031 BRUSCIANO (NA) - Telefax 081/8861345
Cod. Fisc. 92023240630 - Codice univoco istituto: UFEIDR
www.circolodidatticobrusciano.gov.it
e-mail : naee11400t@istruzione.it - pec: naee11400t@pec.istruzione.it*

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno/a, iscritto/a per l'a.s.,
alla classe ... sez. .. della Scuola di questo Istituto;

Vista la certificazione medica prodotta

**Si predispose il presente protocollo di intervento
Esonerando la scuola da qualsivoglia responsabilità**

Il presente protocollo ha la funzione di individuare le procedure che meglio consentiranno la prevenzione e la gestione della patologia di cui l'alunno/a è soggetto. Il protocollo mira dunque a raggiungere i seguenti scopi:

- Garantire una regolare attività scolastica dell'alunna.
- Ridurre al minimo dei rischi che possano seguire eventuali crisi.
- Definire le procedure di intervento e le misure preventive da attuarsi da parte di coloro che procedano al primo intervento.

In presenza dei seguenti **SINTOMI** indicati nella certificazione medica:

- 1) allertare il collaboratore di piano per la somministrazione del farmaco da reperire immediatamente nella cassetta di pronto soccorso e chiamare immediatamente il 118 e contestualmente i genitori.
- 2) Permettere l'autosomministrazione del seguente farmaco:

I farmaci, consegnato dai genitori con verbale di consegna, sono **conservati in confezione integra**, in maniera riservata, **nella cassetta del pronto soccorso** di piano insieme a copia della certificazione medica e i genitori si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento continuo in caso di utilizzo.

Tutto ciò premesso, si notifica al seguente personale:

i docenti di classe:

- 1.....
- 2.....

e i collaboratori scolastici in servizio sul piano:

- 1.....
- 2.....

Resta comunque prescritto il ricorso al Servizio Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso (118) tempestivamente e senza indugio. Contemporaneamente dovranno essere avvertiti i genitori che sono rintracciabili ai numeri: Inoltre, il medico di riferimento è rintracciabile al numero

In caso di uscita didattica uscita, spostamento verso altra palestra o biblioteca, evento sportivo, spettacolo o altra uscita programmata è necessario assicurarsi, l'accompagnatore tra quelli individuati per la somministrazione deve assicurarsi della presenza del farmaco e del protocollo di somministrazione e deve provvedere alla corretta tenuta.

In caso di assenza dal servizio i docenti stessi, il personale ATA e il DSGA avranno cura di avvisare, in via riservata, di quanto predisposto nel presente protocollo, i colleghi supplenti.

In occasione dei passaggi ad altre scuole, i genitori dell'alunno si impegnano ad informare il Dirigente Scolastico della scuola di destinazione col quale si concorderà la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.

DATA

Il Dirigente Scolastico
Prof. Antonio Gaita

Il DSGA _____

I docenti individuati (Firma e data)

- 1).....
- 2)
- 3)
- 4)

I collaboratori scolastici (Firma e data)

- 1).....
- 2)
- 3)
- 4)

I genitori (Firma e data)

.....