

Modulo 02 - Richiesta di somministrazione farmaci e / o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la Responsabilità genitoriale o il Tutore , Curatore , Amministratore di sostegno

- Al Dirigente Scolastico
- Al Coordinatore dell'Asilo Nido
- Al Responsabile del Centro Ricreativo Estivo Diurno

della Scuola, Asilo Nido, centro ricreativo estivo (barrare la dizione pertinente)
COMUNE DI _____

Noi sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

In qualità di: genitori soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

tutore, curatore, amministratore di sostegno

Di

Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

oppure

Io sottoscritto (se maggiorenne) Cognome _____
Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ presso la scuola/Asilo Nido/Centro ricreativo estivo _____ (denominazione)

sito in Via _____ n° _____ Comune di: _____

nell'anno scolastico _____

CHIEDE/ONO e AUTORIZZA/NO

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

Da parte di:

- Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto.
 - Minore/ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i
 - Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la Responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate):**
-

A tal fine:

SI IMPEGNA/NO A:

- fornire alla scuola/asilo nido/Centro ricreativo Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc),
- 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/asilo nido/centro ricreativo estivo non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01).

Recapiti telefonici:

- **Genitori**
-

- **Soggetto richiedente**
-

- **Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno**
-

- **Medico certificante**
-

- **Altri numeri utili**
-

Data: ___/___/_____

Firma

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.