Allegato A_genitori
RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Alla Dirigente Scolastica
IC Selvazzano 2

I sottoscritti .....
genitori di ..... nat_ a ..... il .....
residente a ..... in via .....
frequentante la classe ..... sezione …… (a.s. 2021- 2022) di questa Istituzione Scolastica

DICHIARANO

sulla base delle informazioni assunte dai medici del Servizio Sanitario di ……..
che il/la propri_ figli_ ……., affett_ da …….
……. in caso di crisi, come da certificato medico allegato.

I sottoscritti sono a conoscenza che la prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: insegnanti e collaboratori/trici scolastici e

PERTANTO SOLLEVANO

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso gli insegnanti o altra persona che effettua la somministrazione.
Altresì

CHIEDONO

che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento:
Genitori ....

Allegano la documentazione medica specifica contenente:

- Diagnosi
- Sintomatologia
- Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco, e modalità di conservazione dosaggio e modalità di somministrazione)

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).
Autorizzano il Dirigente Scolastico o suo delegato, ad avere contatti con il medico curante per ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Numeri di telefono utili:
Genitori ……..
Medico curante .....

Selvazzano , ……..

Firma dei genitori
.....
.....

Il Medico del Servizio
(Timbro e firma)

Allegato B_genitori

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA / INDISPENSABILE

In data ..... alle ore .....
presso gli uffici di segreteria dell'IC Selvazzano 2 (PD)
Il/La sig./ra .....
genitore di ..... nat_ a ..... il .....
residente a ..... in via .....
frequentante la classe ..... sezione …… (a.s. 2020-21) di questa Istituzione Scolastica

CONSEGNA

all'Assistente Ammnistrativ_ Sig./ra …….. un flacone/ blister/ …… nuovo ed integro del medicinale .....
da somministrare all'alunn_ in caso di [indicare l'evento] ……..
nella dose …….. come da certificazione medica consegnata in segreteria, rilasciata in data …..... dal dott. .....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:
Genitori ……..

Selvazzano, ……..

FIRME

Il genitore	Il ricevente

Allegato C_genitori/segreteria

PIANO DI ASSISTENZA ALL'ALLIEVO

Alunno … Classe … Indirizzo ….. PIANO DI EMERGENZA: ……..	foto
Madre: ……	Padre: ……
tel. casa:	Medico: ……..
IL FARMACO …… Si trova …… Va somministrato……	

[di seguito si compila con il genitore, per poi consegnare al personale]

dettagli della patologia dello studente / sintomi premonitori / azioni per ridurre al minimo il rischio
…… ……

Cosa fare in caso di emergenza
…… ……

I contatti in caso di emergenza della famiglia e del medico curante
…… ……

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente **Nominativo e firma**	**Personale ATA** **Nominativo e firma**