

RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORE AFFETTO DA PATOLOGIA CRONICA IN CONTESTO EXTRA FAMILIARE

Al Dirigente Scolastico/Responsabile di struttura extrafamiliare
Scuola/Istituto Comprensivo/Organizzazione/Struttura
Cognome e Nome
Via
Comune
Provincia

Io sottoscritto:

Cognome e nome

Genitore/esercente la responsabilità genitoriale del minore:

Cognome e Nome

Data e luogo di nascita

Residente a

Via

Recapito telefonico

Email

Medico curante (PLS, MMG,
altro)

—

Consapevole che il personale educativo e scolastico e in genere gli operatori che accolgono minori in contesti extrafamiliari non hanno competenze né funzioni sanitarie, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione e della possibile somministrazione di farmaci in orario di presenza in struttura secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare un'unica scelta)

vista l'allegata certificazione medica e le Linee Guida Interistituzionali per la somministrazione di farmaci in contesti extrafamiliari di cui il presente allegato costituisce parte integrante e sostanziale e che dichiaro espressamente di conoscere ed accettare:

☐ di poter accedere personalmente alla sede scolastica/struttura per somministrare il farmaco al minore su indicato

☐ che al minore su indicato sia consentita l'autosomministrazione del farmaco come da certificazione medica

✎ di consentire l'accesso e la somministrazione a (nome e cognome) _____,
persona da me delegata

✎ di accedere alle modalità di somministrazione del farmaco organizzate da codesta Istituzione con propri operatori, secondo le istruzioni specificatamente fornite dall'Istituzione stessa.

MI IMPEGNO A
(pena la decadenza della richiesta)

✎ Fornire i farmaci necessari come prescritti dal medico e autorizzati per il commercio in Italia

✎ Sostituire i predetti farmaci in prossimità della scadenza

✎ Comunicare immediatamente qualsiasi modifica della terapia

✎ Ritirare e smaltire i farmaci non più utilizzabili, a qualsiasi titolo, entro e non oltre 30 giorni dalla perdita di validità del medicinale. In caso di mancato ritiro la struttura ospitante è implicitamente autorizzata allo smaltimento, al fine di scongiurare criticità evitabili (es. scadenze, errori di somministrazione, ecc.).

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi della normativa vigente

Luogo e data

Nome cognome del
genitore/esercente la
responsabilità genitoriale
richiedente

Firma del genitore/ esercente
la responsabilità genitoriale
richiedente

Nome cognome dell'altro
genitore richiedente

Firma dell'altro genitore
richiedente (per
autorizzazione)