

ALLEGATO 1 - BIS

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA
IN CASO DI NECESSITÀ**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'IC N.VNICOLINI
DI TOLLO**

IL /LA SOTTOSCRITTO/A.....
NATO/A A.....(.....), IL....., RESIDENTE A
.....(.....)VIA.....N.....
N DI TELEFONO.....MAIL.....
IN QUALITÀ DI
 GENITORE *
 SOGGETTO CHE ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE

E

IL /LA SOTTOSCRITTO/A.....
NATO/A A.....(.....), IL....., RESIDENTE A
.....(.....)VIA.....N.....
N DI TELEFONO.....MAIL.....
IN QUALITÀ DI
 GENITORE *
 SOGGETTO CHE ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE

DELL'ALUNNO:

.....NATO/A A.....(.....),
IL.....E FREQUENTANTE LA SCUOLA.....DEL COMUNE DI
.....CLASSE.....

CHIEDE/ONO

che, in caso di necessità, sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata. A tal fine autorizza/ano il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

SI ALLEGA:

- ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE O ALTRO PERSONALE SANITARIO RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN CASO DI NECESSITÀ
- VERBALE DI CONSEGNA DEL FARMACO.

NUMERI DI TELEFONO DEL MEDICO CURANTE.....

LUOGO E DATA...../...../.....

FIRMA*.....

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Allegato 2 - bis

**ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE O ALTRO PERSONALE SANITARIO RELATIVA
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN CASO DI NECESSITÀ**

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IC NICOLINI
di TOLLO**

Il minore nato a il
residente a (.....) in via
e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....
Pertanto, in caso di necessità necessita della somministrazione del farmaco salvavita di seguito specificato:

Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....
.....

Descrizione sintomatologica della crisi

.....
.....
.....

Modalità di somministrazione (tempistica – dopo quanti minuti dall’inizio della crisi-, dose, via di somministrazione)

.....
.....
.....

Modalità di conservazione del farmaco (in frigorifero, a temperatura ambiente...)

.....

Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

Luogo e data,

Timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza

.....

.....

ALLEGATO 3 - BIS

VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI SALVAVITA DA SOMMINISTRARE
IN CASO DI NECESSITÀ

Al Dirigente Scolastico
Dell'IC NICOLINI
di TOLLO

In data alle ore i Sigg.ri
Genitori dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola del Comune
consegna nelle mani del
Sig/Sig.ra Qualifica
una confezione nuova ed integra del farmaco da somministrare all'alunno/a
secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico.

I genitori:

- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato;
- comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento;
- chiedono che il farmaco venga conservato in luogo idoneo (armadietto/frigorifero).

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

.....

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola che riceve il farmaco (qualifica).....

I genitori *

*Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore: il sottoscrittore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la presente richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega:

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario.

Luogo e data,