**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti .................................................................... ..................................................................... genitori di ................................................................. nato a ......................................... il .............. residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a ................................................. in Via .........................................................................................

Essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ................. dal dott. …...........................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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)

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................

Genitori ......................................... ........................................

**Allegato B/2**

**Verbale per consegna medicinale salvavita**

(carta intestata dell’Istituto)

In data .......... alle ore .......... la/il sig. …...............................................................................................

genitore dell'alunno/a ..........................................................................................................................

frequentante la classe ......... della scuola .......................................................................................... consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale ............................................................................................................

da somministrare al/alla bambino/a in caso di1 …............................................................................ nella dose .............................................. come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, 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:

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

Luogo e Data ................................ il ........................

Il genitore Le insegnanti

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

1 Indicare l'evento

**Allegato C/2**

**Verbale per consegna medicinale indispensabile**

In data .......... alle ore .......... la/il sig. …...............................................................................................

genitore dell'alunno/a ..........................................................................................................................

frequentante la classe ......... della scuola .......................................................................................... consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.................................. da somministrare al/alla bambino/a ogni giorno alle ore ..….............. nella dose ............................... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, 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:

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

Luogo e Data ................................ il ........................

Il genitore Le insegnanti

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegato D**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell’alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti ...................................................................................................................................... genitori di ................................................................. nato a ......................................... il .............. residente a ................................................. in via ................................................................................

frequentante la classe .......... della Scuola ...........................................................................................

sita a ................................................. in Via .........................................................................................

Essendo il minore effetto da …........................................................ e constatata l'assoluta necessità, chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ................. dal dott. …...........................................................

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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)

Luogo e Data ................................ il ........................

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

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

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

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante ...................................

Genitori ......................................... ........................................