

Allegato 1a - RICHIESTA DEI GENITORI AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti (padre)
(madre)

vista la patologia del figlio/a
richiede/ono (barrare le voci che interessano)

- la somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico
- l' intervento specifico
- l' affiancamento e/o vigilanza nell' auto somministrazione e/o nell' intervento specifico,

ed acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

firma padre firma madre

Luogo Data

(in caso di genitore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto
dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per
conto del genitore/tutore assente

firma

Luogo Data

Allegato 3

INDICAZIONI

PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

Il minore

Cognome.....

Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

affetto dalla seguente patologia :.....

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....
Modalità di somministrazione

.....
Orario di somministrazione/dose

.....
Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....
e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in

urgenza / emergenza:.....

Modalità di somministrazione

Dose:.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....
.....

Modalità di esecuzione:

.....

Orario di esecuzione dell'intervento/i

.....

Eventuali note:

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

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico