

Al Responsabile del Servizio

Asilo Nido Ciao Ciao

Oggetto: Richiesta ed autorizzazione per la somministrazione di farmaci, da parte del personale dell'Asilo, in orario scolastico

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (____) il ____/____/_____,
residente nel comune di _____, alla via _____ n. _____
Codice Fiscale _____.

In qualità di genitore o tutore di _____,
in ottemperanza all art.12 del regolamento interno,

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: _____

A tal fine

AUTORIZZA

il personale dell'Asilo, ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Si fornisce il farmaco che dovrà essere consegnato agli operatori interessati, in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso.

Il farmaco sarà conservato per la durata dell'anno scolastico.

Data, ____/____/20____

Firma del genitore



Il minore _____

Nato a _____ il _____

residente in _____ alla via _____

necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione, da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica del/dei farmaco/i sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

Durata della terapia _____

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

Data _____

Timbro e firma del medico

Numeri di telefono utili:

medico curante: _____

genitori: _____

Disponibilità del Personale Scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

- Vista la richiesta della famiglia alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;
- Visto il Protocollo del MIUR per la somministrazione di farmaci a scuola;
- Considerato che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica; Vista l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;
- Vista la dichiarazione formale della famiglia a non imputare all'Asilo alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

si fornisce formale disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

Cognome e nome	Ruolo ricoperto	Firma per disponibilità

Minturno_____

Il Responsabile del Servizio, in data_____ autorizza il personale in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i nella certificazione medica allegata

Dott.ssa Manuela Dolores Tomao
