

Modulo 02 — Richiesta di somministrazione farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale o il curatore, amministratore di sostegno

Al Dirigente Scolastico dell'IIS
"E.MAJORANA" di Cesano
Maderno

Noi sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

In qualità di: genitori soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

tutore, curatore, amministratore di sostegno

Di

Cognome.....Nome.....

Nato ilaprov.....

oppure

Io sottoscritto (se maggiorenne) Cognome_____ Nome_____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ presso l'IIS "E. MAJORANA" sito in via De Gasperi

6 Comune di Cesano Maderno, nell'anno scolastico.....

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/i seguente/ i farmaco/ i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico/educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

Da parte di:

- Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto
- Minore/ ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i

Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate):

A tal fine:

SI IMPEGNA/NO A:

- fornire alla scuola il farmaco/ i farmaci prescritti nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc),

- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza

- fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura

- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01).

Recapiti telefonici:

- Genitori.....
- Soggetto richiedente.....
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno.....
- Medico certificante.....
- Altri numeri utili.....

Data: ____/____/____

firme (entrambi i genitori)

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questo deve autocertificare il consenso dell'altro.