Modulo 2

Al Dirigente Scolastico
dell' IC Francavilla di Sicilia

OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco indispensabile e/o salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) (a cura del Pediatra)

Il minore

Cognome …….……Nome .....

Nato il..... a ..... ……. Residente a .....

In via/piazza ..... N. …. Città.....

affetto dalla seguente patologia:…….

.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza……...

.....

……

……

□ Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO INDISPENSABILE

□ Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta al seguente evento

Nome commerciale del farmaco…….

……

Modalità di somministrazione.....

……

……

……

Modalità di conservazione del farmaco……

Dose di somministrazione:.....

Effetti collaterali……

Si certifica, altresì, che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario.

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto, né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o conservazione del farmaco.

Si dichiara altresì che il farmaco può essere trasportato e somministrato al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e visite di istruzione.

Eventuali note:

…….

……

……

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 _____

Timbro e firma del PLS /MMG

…….