|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Istituto Professionale Enogastronomia e Ospitalità Alberghiera**  “*Enrico Mattei”*  Località Macchia di Mauro – 71019 VIESTE (FG) – C.F. 83002560718  Centralino 08884.708428 - Fax 0884.702288 – [www.ipssarvieste.edu.it](http://www.ipssarvieste.edu.it) |

RICHIESTA DI **SOMMINISTRAZIONE E/O AUTORIZZAZIONE ALLA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI** IN AMBITO SCOLASTICO/CONVITTUALE E/O AUTORIZZAZIONE AD ESAMI RX

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore / persona esercente la responsabilità genitoriale sul minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, frequentante l’Istituto Professionale per i Servizi di Ristorazione Alberghiera “E. Mattei”, Cod. Fisc. 83002560718, con sede in Vieste (FG) - Località Macchia di Mauro, 71019 e dimorante presso la sede convittuale con medesimo indirizzo

PRESO ATTO

che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/convittori

CONSTATATO CHE

l’Istituto in indirizzo non garantisce la presenza del personale infermieristico presso la struttura scolastica/convitto nell’arco delle 24 ore della giornata

DATO ATTO CHE

Il minore potrebbe trovarsi nella circostanza di assumere famaci per terapie mediche e/o famaci da banco oppure di effettuare esami diagnostici RX, in caso di intervento di primo soccorso

In caso di terapia farmacologica prescritta dal medico curante, questa deve essere comunicata mediante certificato che si allega al presente modulo, precisando altresì la posologia, la durata della somministrazione e le modalità di conservazione di ciascun farmaco

AUTORIZZA

La somministrazione del/i farmaco/i indicati nel certificato allegato al proprio figlio tramite:

□ SOMMINISTRAZIONE da parte del personale infermieristico al minore sopra indicato

□ In assenza di personale infermieristico la possibilità di AUTO-SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato ed in orario di scuola/convitto, alla presenza e sotto la supervisione di personale scolastico/educativo individuato dal Dirigente Scolastico

* Il personale educativo a firmare liberatoria per effettuare radiografie per immagini da parte del personale sanitario competente nei casi di intervento di pronto soccorso, previa comunicazione telefonica alla famiglia del convittore

A tal fine precisa che:

* l’AUTOSOMMINISTRAZIONE del farmaco è effettuabile da parte del minore che lo scrivente dichiara essere autonomo nell’auto somministrazione del farmaco.
* La famiglia comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione e/o sospensione della terapia
* Eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e solleva il personale della scuola/convitto da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica

Allega certificazione sanitaria e istruzioni rilasciate dal medico curante recanti la necessità e indispensabilità di somministrazione farmaci a scuola/convitto, con posologia, orari, modalità e con descrizione dell’intervento per cui è indispensabile la somministrazione.

Incarica il personale della scuola/convitto a custodire i farmaci necessari al minore per la terapia prescritta.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dei genitori e/o soggetto esercente la responsabilità genitoriale del minore

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

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

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e D.M. 305/2006.

Firma dei genitori e/o soggetto esercente la responsabilità genitoriale del minore

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

AUTORIZZAZIONE ALLA **AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI** IN AMBITO SCOLASTICO/CONVITTUALE E/O AUTORIZZAZIONE AD ESAMI RX

Cognome …………………………………………………….. Nome …………….………………..…………………….…………

Data di nascita ……………….……………………………… Luogo di nascita …………………………………………………. Residente …………………..……………………………………………………………….. Telefono ………….……….......... Scuola ……………………….………………..……………………….. Sezione ……………………………………………….…………

Necessita della seguente terapia in ambito e orario scolastico/convitto

Nome principio attivo del farmaco ………………………………………………………………………….……....

Nome commerciale del farmaco ………………………………………………………………………….……....

Dose e modalità di somministrazione ………………………..…………….…………………………………..…….. ………..…….…………………..……………………………………………………………………………………………………………………. ………..…….…………………..……………………………………………………………………………………………………………………. Eventuali precisazioni sulla durata della terapia …………...……………………………………………………....... ………..…….…………………..……………………………………………………………………………………………………………………. ………..…….…………………..……………………………………………………………………………………………………………………. Modalità di conservazione…………………….…………………………………………………………………………………….…… ………………………………………………………………………..…………………………………………………………………..…………..

Evento per il quale somministrare il farmaco…………………………………………..……….………………………..… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….. Eventuali note di primo soccorso ………………………………………….………………………………………….…………… …………………………………………………………………………………………..………………………………………………..………….. Modalità di conservazione …………………..…………………………………….………………………………………………… ………………………………………………………………….………………………………………………………………………..…………..

Data ……………………………….. Timbro e firma del medico ………………………………………………………………………. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Constata l’assoluta necessità si autorizza la somministrazione della terapia prescritta in ambito e orario scolastico

Data Timbro e firma del Dirigente Scolastico