ITT PANELLA VALLAURI
ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO "PANELLA – VALLAURI"
Via E. Cuzzocrea, 22 - 89128 REGGIO CALABRIA Tel.: 0965.499449
e-mail: rctf05000d@istruzione.it PEC: rctf05000d@pec.istruzione.it
Cod. Fisc. 92081310804 Cod. Mecc. RCTF05000D
sito web: www.ittpanellavallauri.edu.it

ALLEGATO A

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DEI GENITORI O DI LORO DELEGATI

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di:

[ ] Genitore

[ ] Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno/a _____ nato a _____

il _____/_____/_____

Frequentante A.S. _____ la classe ___ sez _____ Plesso _____

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti alla scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

EVENTUALE DELEGA

Il/La Sig./ra _____ di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico di somministrazione, è delegato/a ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra. A tal fine, si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia

Data _____ **Firma**

_____

RECAPITI TEL.

_____

_____

ITT PANELLA VALLAURI
ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO "PANELLA – VALLAURI"
Via E. Cuzzocrea, 22 - 89128 REGGIO CALABRIA Tel.: 0965.499449
e-mail: rctf05000d@istruzione.it PEC: rctf05000d@pec.istruzione.it
Cod. Fisc. 92081310804 Cod. Mecc. RCTF05000D
sito web: www.ittpanellavallauri.edu.it

ALLEGATO B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale o struttura Ospedaliera)

L'alunna/o _____ **Nato/a a**_____

il _____/_____/_____**residente a** _____

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 indicazioni 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)

ITT PANELLA VALLAURI
ISTITUTO TECNICO TECNOLOGICO "PANELLA – VALLAURI"
Via E. Cuzzocrea, 22 - 89128 REGGIO CALABRIA Tel.: 0965.499449
e-mail: rctf05000d@istruzione.it PEC: rctf05000d@pec.istruzione.it
Cod. Fisc. 92081310804 Cod. Mecc. RCTF05000D
sito web: www.ittpanellavallauri.edu.it

ALLEGATO C

VERBALE DI CONSEGNA FARMACO SALVAVITA

In data____/____/_____**alle ore**_____

i Sig.ri _____

Genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe_____ Sez._____ plesso_____

Consegnano ai docenti di classe una confezione nuova ed integra del farmaco:

_____

Da somministrare al/alla Alunno/a in caso di

_____

Nella dose _____come da certificazione medica consegnata in segreteria ed in copia allegata alla presente, rilasciata in data_____dal Dott._____

I GENITORI:

Autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso. Provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicheranno, immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

_____ _____

Reggio Calabria_____/_____/_____

I GENITORI	I DOCENTI	IL PERSONALE ATA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____