



MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA

Rif.interno _____

(compilazione a cura del personale interno)

I SOTTOSCRITTI

DATI DEL RICHIEDENTE*			
Padre o chi ne fa le veci			
Cognome		Nome	
Nato a il	Comune		Prov.
Stato di nascita	Cittadinanza		Stato civile
Comune di residenza		Prov.	CAP
Indirizzo di residenza			
Telefono		Cellulare	
E-mail			
Madre o chi ne fa le veci			
Cognome		Nome	
Nato a il	Comune		Prov.
Stato di nascita	Cittadinanza		Stato civile
Comune di residenza		Prov.	CAP
Indirizzo di residenza			
Telefono		Cellulare	
E-mail			
DATI DEL/DELLA BAMBINO/A			
Cognome		Nome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Residenza (via/n.civico)			
Comune		Prov.	Cittadinanza
STRUTTURA FREQUENTATA			
Nome			
Comune			
<input type="checkbox"/> asilo nido <input type="checkbox"/> scuola infanzia			

*la richiesta deve essere compilata da entrambi i genitori ed inviata unitamente ai documenti di identità

VISTA

- la patologia da cui è affetto/a (indicare patologia) _____

PRESO ATTO

- della necessità non rinviabile di somministrazione del farmaco (salvavita)
– che la somministrazione è necessaria in orario scolastico

RICHIEDONO**

la somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione medica allegata:

→ prescrizione/certificazione medica redatta da _____

→ farmaco specifico _____

AUTORIZZANO

contestualmente e fin d'ora la somministrazione del farmaco anche da parte di personale NON sanitario identificato dalla Società Cooperativa Sociale Gialla all'interno della struttura scolastica, secondo le indicazioni fornite all'interno della prescrizione/certificazione medica allegata

SOLLEVANO

lo stesso personale e la Società Cooperativa Sociale Gialla da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica e/o per eventuali effetti avversi derivanti dalla somministrazione stessa di cui alla allegata prescrizione/certificazione medica

DICHIARANO ALTRESI'

di impegnarsi a consegnare il farmaco sempre in confezione integra, a norma e di provvedere i proprio alla costante verifica della scadenza ed eventuale sostituzione del farmaco

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR n. 2016/679 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) di cui all'informativa allegata alla presente.

Data e luogo _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale (allegati documenti di identità)

****la somministrazione dei farmaci presuppone comunque l'accettazione su base volontaria, da parte del personale educatore e/o ausiliario.**

*La prescrizione/certificazione del Medico deve obbligatoriamente specificare:

1. il dati anagrafici del bambino/a
2. la patologia del bambino/a
3. il nome commerciale del farmaco
4. l'evento che richiede la somministrazione del farmaco
5. l'esatta posologia (dose del farmaco)
6. le modalità di conservazione e somministrazione del farmaco
7. eventuali orari prestabiliti per la somministrazione
8. durata della terapia
9. gli eventuali effetti collaterali e le indicazioni operative per eventuali interventi per la prima gestione delle urgenze prevedibili per le singole patologie croniche
10. la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco e la possibilità di somministrazione da parte di personale NON sanitario