MODULO 2_ALLEGATO AL PROTOCOLLO D'INTESA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O LA GESTIONE DI DISPOSITIVI MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO

RICHIESTA DI ATTIVAZIONE DEL PERCORSO
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI

ANNO SCOLASTICO

Plesso scolastico

Dati del minore

Cognome Nome

Nata/o il __/__/__ CODICE FISCALE

Dati dei richiedenti l'attivazione del percorso

Cognome Nome

☐ genitore del minore
☐ soggetto che esercita la responsabilità genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno
☐ studentessa o studente maggiorenne

Cognome Nome

☐ genitore del minore

Noi sottoscritti richiediamo/Io sottoscritta o sottoscritto richiedo

l'attivazione della procedura di somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici per l'alunna o alunno/studentessa o studente sopra generalizzata/o, **consapevoli/e che ai docenti /personale ATA resosi disponibile non è richiesto il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica, essendo pertanto i docenti/personale ATA stessi sollevati da responsabilità derivanti da eventuale errore nella somministrazione dei farmaci/utilizzo dei dispositivi medici, di cui alla certificazione medica allegata (MODULO 1).**

Atteso che il percorso di continuità della cura in ambito scolastico potrà essere avviato solo al completamento dell'iter di valutazione della richiesta, **a tale fine ci impegniamo/mi impegno a:**

1. Fornire, anche nelle attività extrascolastiche programmate, come ad esempio le uscite didattiche:
   ☐ i farmaci prescritti
   ☐ i dispositivi medici indicati

2. Controllare la scadenza dei farmaci e rinnovare le forniture in tempi utili a garantire la continuità della cura

3. Fornire la documentazione medica relativa ad ogni eventuale modifica nella terapia

4. Aggiornare i recapiti telefonici delle persone che l'Istituto Scolastico può utilizzare per il contatto, durante la frequenza, in caso di necessità riferite al percorso di continuità della cura

Recapito telefonico	Persona

Dichiariamo/dichiaro, altresì, che la prima somministrazione del/dei farmaco/i di cui alla certificazione medica è già avvenuta (s*e NON trattasi di farmaci per le emergenze, che possono essere somministrati anche per la prima volta in ambito scolastico*).

Data ____/____/_____ Firma

_____

_____

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro genitore, o autocertificare di essere l'unico responsabile genitoriale