MODULO 2 AUTO-SOMMINISTRAZIONE_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 AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/UTILIZZO DI DISPOSITIVI MEDICI

ANNO SCOLASTICO

Plesso scolastico

Comune Via n°

Classe Piano

Alunna o alunno/studentessa o studente maggiorenne

Cognome Nome

Nata/o il __/__/__ CODICE FISCALE

Dati dei genitori dell'alunna/o

Cognome Nome

☐ genitore
☐ soggetto che esercita la responsabilità genitoriale/tutore/curatore/amministratore di sostegno

Cognome Nome

☐ genitore del minore

Noi sottoscritti richiediamo/Io sottoscritto richiedo

l'attivazione della procedura per l'auto-somministrazione di farmaci/utilizzo di dispositivi medici in ambito scolastico, **consapevoli/e che i docenti/personale ATA presente in struttura sono sollevati da responsabilità derivanti da eventuale errore nella auto-somministrazione dei farmaci/utilizzo dei dispositivi medici, di cui alla certificazione medica allegata (MODULO 1)**.

Atteso che il percorso di continuità della cura potrà essere avviato 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, il relativo materiale sanitario per la somministrazione
   ☐ i dispositivi medici indicati

2. Controllare la scadenza dei farmaci e rinnovare le forniture in tempi utili a garantire la continuità della cura, secondo le indicazioni mediche di cui alla certificazione presentata ed aggiornata

3. 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 *(se NON trattasi di farmaci per le emergenze, che possono essere somministrati anche per la prima volta in ambito scolastico)*.

Data ____/____/_____ Firma

_____

_____