

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Preso atto del documento "Salute Scuola" del quale viene riportato uno stralcio riguardante la somministrazione di farmaci

*"Di norma, durante la frequenza scolastica, non vengono somministrati farmaci se non in casi particolari, riguardanti l'utilizzo di farmaci salvavita o terapie non differibili in pazienti con specifiche patologie a carattere cronico, secondo le modalità definite con specifici **piani di intervento**.*

Il piano d'intervento specifico per l'alunno viene definito dopo un incontro programmato con i genitori, gli insegnanti di riferimento, il dirigente scolastico (o suo delegato) e il direttore della Pediatria dell'Ospedale di San Marino (o suo delegato).

Il piano d'intervento redatto prevede la firma del Pediatra, dei genitori, del Dirigente Scolastico e degli insegnanti.

Ogni tipo di farmaco verrà fornito alla scuola dai genitori, i quali saranno responsabili anche della sostituzione alla scadenza. I farmaci consegnati dovranno essere conservati in luogo idoneo, conosciuto dagli operatori scolastici."

("SALUTE A SCUOLA", Documento elaborato dall' Istituto Sicurezza Sociale – U.O.C. Pediatria e U.O.S.D. Dietologia, in collaborazione con Authority Sanitaria e Dipartimento Istruzione, 3 febbraio 2015) consultabile sul sito www.elementare.educazione.sm

Il sottoscritto _____, cod ISS _____
(cognome) (nome)

in qualità di ☐ padre ☐ madre ☐ tutore

dell'alunno/a:

cognome _____ nome _____

nato il _____ cod. I.S.S. _____

frequentante la classe _____ del plesso scolastico di _____

inoltra richiesta

affinché sia programmato un incontro con le parti interessate al fine di predisporre un Piano d'Intervento, che regolarizzi la somministrazione dei farmaci prescritti dal certificato medico allegato.

Con la presente sollevano il personale delegato da ogni responsabilità e si impegnano a consegnare personalmente il farmaco nelle mani dei docenti, in modo da evitarne usi impropri e di sostituirlo se scaduto.

Il Piano di Intervento è valido anche per i successivi anni scolastici, qualora non siano comunicate indicazioni diverse da parte del medico

San Marino, _____

(firma del dichiarante)