

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
I.C. BALANGERO (TO)

Il/i sottoscritto/i.....

genitore/i - affidatario/i - tutore/i.....

dell'alunno/a.....

frequentante la classe.....

della scuola infanzia-primaria-secondaria di I grado di.....

nell'anno scolastico.....

telefono fisso..... telefono cellulare.....

vista la specifica patologia dell'alunno/a:

.....
.....
.....
.....

Richiede/ono

(barrare la/e voce/i che interessa/no)

- la somministrazione di farmaci in orario scolastico
- l'intervento specifico.....
- l'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Allega:

certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario.

Data,

Firma del/i genitore/i – affidatario/i tutore/i

.....

RICHIESTA / DELEGA

Al Dirigente Scolastico
I.C. BALANGERO (TO)

I sottoscritti.....(padre) e
(madre).....
in qualità di genitori – affidatari - tutori dell’alunno/a.....
frequentante la classe.....
della scuola infanzia-primaria-secondaria di I grado di.....
nell’anno scolastico.....
chiedono a codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

Cognome e nome

Qualifica

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

-a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l’esecuzione dell’intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell’alunno/a in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;
-di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l’esecuzione dell’intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell’alunno/a, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, delegano formalmente il personale scolastico in elenco all’esecuzione dell’intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell’alunno/a in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI

NO

In fede (firma del padre)..... (firma della madre).....

(In caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto.....genitore dell’alunno.....

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/affidatario -tutore assente.....

Firma.....

Luogo.....data.....

Numeri di telefono utili:

Genitore (padre).....

Genitore (madre).....

Altri numeri utili.....

INDICAZIONI
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO
SCOLASTICO

Il minore

Cognome.....

Nome.....

Nato il.....a.....

Residente a.....in Via.....

affetto dalle seguente patologia.....

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico la seguente terapia farmacologica:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....
.....

Modalità di

somministrazione.....

.....
.....

Orario di

somministrazione/dose.....

.....
.....

Modalità di conservazione del/i

farmaco/i.....

.....

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....
.....
.....

Modalità di

somministrazione.....

.....
.....
.....

Dose:.....

.....
.....

Modalità di conservazione del/i

farmaco/i.....

.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di
esecuzione.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Orario di esecuzione
dell'intervento/i.....

.....

Eventuali note:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data

.....

Timbro e firma del medico (1)

.....

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico