

Il minore (Cognome) _____ Nome _____

Nato il _____ residente a _____ Via _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- patologia acuta

Conseguentemente è prevista:

- l'autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte dei genitori in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i: _____

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Modalità di conservazione: _____

- è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia: Centro Ricreativo Estivo 2022 dal _____ al _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "Salvavita": (*descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica*)

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

Data

Timbro e firma del Medico

Alla Responsabile
dell' Area Servizi Educativi

Alla Responsabile
dell' ATI
TRE EFFE Cooperativa Sociale Onlus
Cooperativa Sociale META Onlus

I sottoscritti

Madre: Cognome _____ Nome _____

Padre: Cognome _____ Nome _____

genitore soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

Cognome _____ Nome _____ nato il _____

frequentante il _____.

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,

coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

SI IMPEGNANO

A consegnare il farmaco alla educatrice del servizio Centro Ricreativo Estivo 2022, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco del servizio Centro Ricreativo Estivo 2022.

AUTORIZZANO

il personale educativo dipendente dall'ATI TRE EFFE Cooperativa Sociale Onlus / Cooperativa Sociale META Onlus del servizio frequentato dal minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i, come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali responsabilità civili derivanti da tale atto.

il minore stesso alla auto somministrazione del /dei farmaco/i come indicato nel modulo 01.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Il medico: _____

I genitori: _____

Data

Firme

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE
n.2016/679

I sottoscritti :

Madre: cognome _____ Nome _____

Padre: cognome _____ Nome _____

in qualità di:

genitore

soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

del minore:

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

acconsentono al trattamento dei dati personale e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza per il servizio Centro Ricreativo Estivo 2022;

non acconsentono al trattamento di dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza per il servizio Centro Ricreativo Estivo 2022.

Il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica

Data

Firma di entrambi i genitori

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.

Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE.

Si rinvia all'informativa pubblicata sul sito istituzionale del Comune di Muggiò, nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", SOTTOSEZIONE "ALTRI CONTENUTI", "DATI ULTERIORI"