|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| https://lh4.googleusercontent.com/NDbUTkv2T19OMVZSgMRGIn5jdr7E6-s9szs-LBLu3cQwcffw61_oVmUUvr0VU_WLstrjhsFdpYocqhiyNi5rNIRJj51_c1epYpliT3TeIZpbO6bdUZADHbhbl_k4hopWUPYQ4YlJ=s0 | **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE**  **Istruzione professionale:**  - Servizi Commerciali; - Servizi per l’Enogastronomia e l’Ospitalità alberghiera  **Istruzione tecnica:**  - Turismo  **Istruzione per adulti/serale** | **creata da:**  Autorizzazione somministrazione farmaci |
| https://lh5.googleusercontent.com/mpkplXDO1oru2Zljd401Wvv0YBPXQVZAY9taYjOm-OHt-bQboLixZxB0aXykc_P5pPaadeOsoHqNGWV4MupVA_rFFOFBo53bR9t6QG4qy03zcl-yMW0NozwjDQmlzzm2lhbeUVjq=s0 | Sede centrale: via Baden Powell, 33 tel. 0444 294320  Succursale: strada Sant’Antonino, 32 - tel. 0444 929207  **36100 VICENZA**  www.adaschio.gov.it - viis01600r@istruzione.it | **pubblicata da:** |

AL DIRIGENTE

IIS DA SCHIO

Floriani Manuela

Oggetto: Autorizzazione alla somministrazione di farmaci

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di

* Genitori
* Soggetti che esercitano la potestà genitoriale

dello studente (cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e frequentante nell’anno scolastico \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**DICHIARANO**

che lo studente è affetto da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(come descritto nella dichiarazione medica allegata)

**PREMESSO**

1. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente è in grado di provvedervi autonomamente.
2. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extrascolastico e che lo studente non è in grado di provvedervi autonomamente.
3. Che, in caso di urgenza, potrebbero presentarsi situazioni prevedibili descritte dal medico nella dichiarazione allegata quali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(specificare le manifestazioni descritte nella dichiarazione medica)

**AUTORIZZANO**

1. Lo studente stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (caso A)
2. Il personale individuato dalla scuola a somministrazione il farmaco prescritto in orario scolastico, secondo le modalità e la posologia indicate nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (caso B)
3. Nel caso di urgenza, solo se si verificano le manifestazioni previste dal medico nella dichiarazione in allegato al presente modulo, il personale individuato dalla scuola a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico (caso C)

**SOLLEVANDO**

in tutti e tre i casi il personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

**ALLEGA:**

1. Dichiarazione rilasciata dal medico curante attestante la patologia, la descrizione del farmaco indispensabile per la malattia e per il trattamento d’urgenza con chiaramente specificate la posologia, le modalità di somministrazione e la dichiarazione che lo stesso può essere somministrato anche dal personale individuato.
2. Il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

**CONSEGNA:**

1. Il farmaco specificando le modalità di conservazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

Genitori : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Curante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si allega dichiarazione medica rilasciata dal medico curante**