

PROTOCOLLO DELLA PROVINCIA DI FERRARA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
CONTESTI EXTRA – FAMILIARI, EDUCATIVI E/O SCOLASTICI

**ALLEGATO N. 1 - Richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico/educativo
(in caso di frequentante minorenni)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto
Via.....
Località.....Provincia.....

Al Pediatra di Comunità
Dott.ssa Flavia Pascoletti
Distretto Sud-Est
Codigoro (Ferrara)

I sottoscritti (Cognome Nome).....e
genitori/tutori di (Cognome Nome
nato a..... prov..... il...../...../.....residente a.....
cap.....prov..... in via.....n°..... recapito telefonico
n°.....oppure n°.....oppure n°.....
affetto da.....(vedi certific.medica)
che frequenta la classe sezdella scuola.....
prescuola doposcuola..... centro estivo.....
sita in Località cap.prov.....
via.....n°.....

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci ai frequentanti, informato/a sulle procedure attivate da Codeste Istituzioni e della disponibilità espressa da alcuni operatori per la somministrazione di farmaci in orario di funzionamento, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDIAMO (barrare la scelta)

- di accedere o che i sigg.....possano accedere alla sede dell'Istituto alle oreper somministrare a nostro/a figlio/a il farmaco (scrivere nome commerciale).....
- che a nostro/a figlio/a sia somministrato in orario di funzionamento dell'attività scolastica/educativa il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....
- che consegneremo il farmaco all'Istituzione in confezione integra e non scaduta
- che nostro/a figlio/a possa auto-somministrarsi in orario di funzionamento il farmaco seguente (come dacertificazionemedicaallegata).....

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

- che in caso di necessità (Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco e dose del farmaco) possa essere somministrato a nostro/a figlio/a il seguente farmaco:

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

.....
.....

.....
A tal fine acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196/03.
In fede *Firma dei genitori o di chi ne fa le veci*

Data

.....

.....
