

MODULO G – USCITE/VISITE GUIDATE

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Daniela Mauro"
Via Roma, 8
20042 Pessano con Bornago (MI)

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE - INTOLLERANZE ALIMENTARI - ALLERGIE A FARMACI – SOMMINISTRAZIONI FARMACI¹

I/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____ frequentante la Classe _____ Sez. _____ della Scuola _____, in relazione alla uscita didattica e/o visita d'istruzione del ___/___/202__ che ha come meta _____,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, agli effetti degli Artt. 40 e 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, che il proprio/a figlio/a:

A. SEZIONE ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI

- NON è affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari note;
 presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari:

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiedono il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione.

B. SEZIONE ALLERGIE AI FARMACI

- NON è affetto/a da allergie a farmaci note;
 presenta allergie ai seguenti farmaci,

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione.

C. SEZIONE AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI

- NON necessita di autosomministrazione farmaci;
 necessita di autosomministrazione farmaci come da piano terapeutico già in Vs possesso,
 necessita di autosomministrazione farmaci come da piano terapeutico ALLEGATO² e contestualmente autorizzano il proprio figlio/a all'autosomministrazione dei seguenti farmaci:

sollevando gli operatori scolastici da eventuali responsabilità civili e penali derivanti dall'atto dell'autosomministrazione dello stesso.

¹ Il presente modulo è realizzato in riferimento alle "Raccomandazioni del 25.11.2005, contenenti le Linee Guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico e che sono state emanate dal MIUR e dal Ministero della Salute.

² Certificazione medica rilasciata dal Pediatra di Famiglia o dal Medico di Medicina Generale o da un Medico dei Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, che indichi lo stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, indicando se si tratta di farmaco salvavita o indispensabile e se possa essere erogata da personale adulto non sanitario, configurandosi come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione.

Nel caso di indicazione a autosomministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi:

D. SEZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

- NON necessita di somministrazione farmaci;
 necessita di somministrazione farmaci come da piano terapeutico già in Vs possesso;
 necessita di somministrazione dei seguenti farmaci:
-
-

come da piano terapeutico ALLEGATO³ e contestualmente autorizzano il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi:

E. Eventuali altre informazioni utili sull'alunno da segnalare:

Da restituire entro il _____

li _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

³ Certificazione medica rilasciata dal Pediatra di Famiglia o dal Medico di Medicina Generale o da un Medico dei Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, che indichi lo stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere, indicando se si tratta di farmaco salvavita o indispensabile e se possa essere erogata da personale adulto non sanitario, configurandosi come un'attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene nella somministrazione.