Modello B

 Al Dirigente Scolastico I.C. ”Caiati-Don Tonino Bello” - Bitonto

 c/o Uffici di Segreteria – Area Alunni

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

(Medico di Famiglia-Medico Specialista-Pediatra)

Il/La sottoscritto/a

…………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………..………

in qualità di Medico……………………………………………dell’alunno/a……………………………………………………………………………………………….

Nato/a a……………………………………………………………il………………………………residente in…………..……………………………………………………

In via………………………………………………………………………………………………………frequentante la classe……………………………..

Sita nel Plesso……………………………………………………………………………..di ………………………………………………………………………..

Dell’ I.C.S. “Caiati-Don Tonino Bello” di Bitonto

Essendo il minore affetto dalla seguente patologia……………………………………………………………………………………………………

**COMUNICA**

Che il/la predetto/a minore necessita del seguente **farmaco** ……………………………………………………………………………………………

Il cui **nome commerciale** è………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Per l’assunzione di detto farmaco è necessaria l’**auto-somministrazione in ambito scolastico** nei seguenti termini:

* **Modalità di auto-somministrazione del farmaco**

-……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

-……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

-……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

-……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Orario e tempistica**

-prima dose……………………………………………………………….

-seconda dose……………………………………………………………

-terza dose…………………………………………………………………

-quarta dose……………………………………………………………….

* **Durata terapia**

Dal…………………………………………………………al…………………………………………………………

* **Modalità di conservazione del farmaco**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* **Eventuali note**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa…………………………………………………………………………………………………………………………

* Dichiara che il proprio/a assistito/a è stato educato ad una corretta assunzione del farmaco
* Conferma che l’auto-somministrazione del farmaco in ambito scolastico non comporta danni
* Si rende disponibile a condividere un eventuale protocollo individualizzato insieme alla scuola e alla famiglia
* Si rende disponibile a fornire tutte le indicazioni utili al trattamento del caso e alla spiegazione pratica di come assistere l’alunno/a durante l’auto-somministrazione dello stesso
* E’ a conoscenza che la richiesta di auto-somministrazione deve essere compilata all’inizio di ogni anno scolastico, su richiesta della famiglia
* Acconsente a fornire dati utili per eventuali comunicazioni urgenti:

-telefono studio medico………………………………………………………………….

-telefono cellulare………………………………………………………………………….

-indirizzo e-mail……………………………………………………………………………..

* Acconsente al trattamento dei dati personali che sarà effettuato dalla scuola nel rigoroso rispetto degli obblighi di tutela della privacy ai sensi del GDPR-Regolamento UE n.679/2016 5 Regolamento generale della Protezione dei dati)

**Luogo e data Timbro e firma del Medico**