

**RICHIESTA DEI GENITORI**  
(o chi esercita la potestà genitoriale)

- - - - - **SOMMINISTRAZIONE FARMACI** - - - - -

SERVIZIO	_____
----------	-------

Dati del minore

NOME		COGNOME
NAZIONALITA'	NATO/A A	IL
RESIDENTE IN VIA/PIAZZA		CITTA'

Dati dei genitori o di chi ne fa le veci

MADRE – COGNOME E NOME	CELL
E-MAIL	
PADRE – COGNOME NOME	CELL
E-MAIL	

I genitori sopracitati fanno **RICHIESTA** alla Cooperativa Alce Nero Società Cooperativa Sociale ONLUS di somministrazione di farmaci presso il servizio di \_\_\_\_\_ secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico

dott. \_\_\_\_\_ in allegato alla presente richiesta;

dichiarano:

- di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie
- di autorizzare il personale del servizio a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- di impegnarsi a fornire al servizio il farmaco/ i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare presso il servizio e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ...) nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla Cooperativa eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso
- di autorizzare, se del caso, l'auto-somministrazione (minore che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute)

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma della madre / genitore 1 \* \_\_\_\_\_

Firma del padre / genitore 2 \* \_\_\_\_\_

\* firma obbligatoria di entrambi i genitori o di chi esercita la potestà

\* IN CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

ALLEGATO: CERTIFICAZIONE A CURA DEL MEDICO

**CERTIFICAZIONE A CURA DEL MEDICO**

Si certifica che il minore \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Frequentante il servizio di \_\_\_\_\_

E' affetto/a dalla seguente patologia:

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

per la quale:

- vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco in orario con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
- la somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

**PIANO TERAPEUTICO**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Forma farmaceutica \_\_\_\_\_

Dosaggio \_\_\_\_\_

Principio attivo del farmaco \_\_\_\_\_

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_

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

Dose da somministrare \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (auto-somministrazione o somministrazione da parte di terzi) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco (secondo quanto disposto nel Riassunto delle caratteristiche del prodotto RCP e nel foglio illustrativo del farmaco FI) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Durata e tempistica della terapia (orario e giorni) \_\_\_\_\_

---

---

Prescrizione ADRENALINA       SI       NO

Si rilascia su richiesta degli interessati, per gli usi consentiti dalla legge

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico

---