



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale di
Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

DGR 50/7641 del 21/05/2014

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Il/i sottoscritto/i

genitore/i affidatario/i – tutore/i dell'alunno/a

frequentante la classe _____

della scuola _____

nell'anno scolastico _____

Telefono fisso _____ cellulare _____ (genitore/i)

E-mail _____ (genitore/i)

vista la specifica patologia dell'alunno: _____

Richiede/ono (barrare la voce che interessa)

☐ La somministrazione di farmaci in orario formativo

☐ L'intervento specifico:

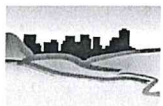
☐ L'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto somministrazione e/o nell'intervento specifico

Allega:

Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data _____

FIRMA del/i genitore/i/tutore/i



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale di
Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

DGR 50/7641 del 21/05/2014

Allegato 1bis

RICHIESTA AL DIRETTORE DELL'AGENZIA FORMATIVA

Al Direttore
dell'Agenzia Formativa

Il/i sottoscritto/i

genitore/i affidatario/i – tutore/i dell'alunno/a

frequentante il corso _____

Dell'Agenzia Formativa _____

nell'anno scolastico _____

Telefono fisso _____ cellulare _____ (genitore/i)

E-mail _____ (genitore/i)

vista la specifica patologia dell'alunno: _____

Richiede/ono (barrare la voce che interessa)

☐ La somministrazione di farmaci in orario formativo

☐ L'intervento specifico:

☐ L'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto somministrazione e/o nell'intervento specifico

Allega:

Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data _____

FIRMA del/i genitore/i/tutore/i



RICHIESTA/DELEGA

Al Dirigente Scolastico
Al Direttore
dell'Agenzia Formativa

Al Dirigente Scolastico /Direttore Agenzia Formativa) Prof. _____

Direzione Didattica /Istituto/Agenzia _____

I sottoscritti:

(genitore 1) _____

(genitore 2) _____

in qualità di Genitori/Tutori del minore _____

iscritto per l'anno scolastico _____

presso la scuola/l'istituto/agenzia _____

classe/sezione _____

chiedono a codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

	cognome e nome :	qualifica
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, **delegano formalmente** il personale scolastico o dell'agenzia formativa in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI ☐

NO ☐

In fede (firma genitore 1) _____ (firma genitore 2) _____

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto _____

genitore dell'alunno _____

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente _____

Firma _____

Luogo. _____ data _____

Numeri di telefono utili:

- Genitore 1 _____
- Genitore 2 _____
- Altri numeri utili _____



A.S.L. TO5

Azienda Sanitaria Locale di
Chieri, Carmagnola, Moncalieri e Nichelino

DGR 50/7641 del 21/05/2014

Allegato 3

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI
INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

Al Dirigente Scolastico
Al Direttore
dell'Agenzia Formativa

Il minore

Cognome.....
Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

.....
affetto dalla seguente patologia:.....
.....

***presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la
seguente terapia farmacologica:***

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....
.....

Modalità di somministrazione

Orario di somministrazione/dose

.....
Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....
.....

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in
urgenza/emergenza:

.....
.....

Modalità di somministrazione

.....
Dose:.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....

.....
Modalità di esecuzione:

.....

Orario di esecuzione dell'intervento/i.....

.....

.....
Eventuali note:

.....

.....

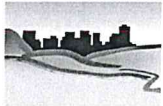
.....

.....

.....
Luogo e data _____

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico



**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI
INTERVENTI SPECIFICI NEL DIABETE TIPO 1 IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

Il minore

Cognome _____

Nome _____

Nato il _____ a _____

Residente a _____

In via _____

Affetto/a da diabete mellito di tipo 1

È attualmente in terapia insulinica intensiva con:

☐ multiple iniezioni giornaliere (penne)

☐ infusione continua (microinfusore)

**Presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la
seguente terapia insulinica:**

Nome dell'insulina:

Orario, modalità e schema di somministrazione:

Modalità di conservazione del farmaco: l'insulina in uso può essere conservata a temperatura ambiente. L'insulina di scorta va conservata fra 4 e 8 gradi.

Il paziente è portatore di monitoraggio continuo della glicemia ☐ sì ☐ no

In caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza, somministrare:

- glucagone (nome farmaco =.....) Sottocute e/o intramuscolo alla dose:

1 fiala= 1 mg se il peso è \geq 30 Kg, $\frac{1}{2}$ fiala se minore

Modalità di conservazione del farmaco: a temperatura refrigerata (4-8 gradi). Se conservato a temperatura ambiente è stabile per 18 mesi.

I genitori del paziente sono stati correttamente istruiti su tutta la gestione terapeutica del diabete e sono ☐ non sono ancora ☐ idonei a dare indicazioni sulle variazioni della terapia.

Eventuali note:

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico