

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE  
DEI FARMACI SALVAVITA E/O INDISPENSABILI**

Il/La sottoscritto/a:		Luogo e data di nascita:	
Comune di Residenza:		Via/piazza:	
Codice Fiscale:		E – mail:	
Telefono fisso:		Cellulare:	

Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

Di essere genitore / esercente la potestà legale dell'utente

Nome:		Cognome:	
Luogo e data di nascita:			
Codice Fiscale:			
Servizio:	Anno:	<input type="checkbox"/> Pubblico	<input type="checkbox"/> Privato
Note:			

**DICHIARA**

Che, in base alla certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciata dal Dottor \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ L'utente, durante lo svolgimento del servizio a cui è regolarmente iscritto, avrà necessità di assumere i farmaci salvavita/indispensabili e precisamente

Nome del farmaco	
Eventuale orario di somministrazione:	
Modalità di somministrazione:	<input type="checkbox"/> Occasionale <input type="checkbox"/> Continuativa
Modalità di conservazione:	

**CHIEDE**

Se del caso, anche in osservanza delle norme sulla responsabilità genitoriale il supporto degli educatori

<input type="checkbox"/> Nella somministrazione	<input type="checkbox"/> Nella vigilanza durante la auto-somministrazione essendone _____ (indicare nome utente) in grado
---	--

e per l'effetto, **AUTORIZZA**

l'Educatore, resosi disponibile, a somministrare /assistere la persona nella auto-somministrazione, sollevandolo da ogni responsabilità a riguardo.

**SI DICHIARA CONSAPEVOLE CHE SARA' SUO OBBLIGO:**

- Rinnovare la documentazione inerente la posologia del farmaco;
- Comunicare tempestivamente e documentare, mediante certificazione medica da fornire all'Educatore, ogni variazione dello stato di salute del minore, rilevante ai fini della somministrazione;
- Comunicare l'eventuale necessità di sospensione del trattamento;
- Consegnare i farmaci prescritti in confezione integra e ben conservata;
- Ritirare e sostituire i farmaci, in prossimità della loro scadenza e al termine del servizio.

**SI DICHIARA CONSAPEVOLE ANCHE CHE:**

- l'Educatore che effettua la somministrazione/supervisione viene preventivamente formato e informato sulle modalità della stessa, ma non ha competenze né funzioni sanitarie.
- I farmaci scaduti non potranno essere somministrati/auto-somministrati.

**Si allega certificazione medica (Attestazione e Piano terapeutico)**

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Solo per utenti dei servizi pubblici:**

Consenso al trattamento dei dati personali in materia di privacy (D.Lgs 196/2003 e ss.).

Si autorizza il Trattamento dei Dati Personali e sensibili contenuti nella presente scrittura nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy.

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

***Il presente documento contiene dati sensibili e per tale ragione è stato redatto nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy. Ogni divulgazione, copia o riferimento compiuto in violazione della suddetta normativa è proibito e può essere considerato illegale.***

**Verbale di consegna alla cooperativa sociale L'Inchiostro del farmaco salvavita/indispensabile da somministrare a \_\_\_\_\_**

Il giorno \_\_\_\_\_ alla ore \_\_\_\_\_ Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
in qualità di genitore / tutore legale dell minore \_\_\_\_\_ iscritto al servizio  
\_\_\_\_\_ a fronte della richiesta di somministrazione di farmaci salvavita /  
indispensabili del \_\_\_\_\_ a cui si fa espresso riferimento

Consegna

All'incaricato/educatore \_\_\_\_\_ che riceve ed accetta in consegna  
Un flacone nuovo ed integro del farmaco \_\_\_\_\_ da somministrare (in  
auto somministrazione) al minore/UTENTE \_\_\_\_\_, come da certificazione medica  
e Piano terapeutico redatti in data \_\_\_\_\_ dal dottor \_\_\_\_\_ depositati  
presso la Cooperativa.

Il farmaco verrà conservato come indicato sia nel piano terapeutico che nel Piano d'Intervento Personalizzato, e precisamente:

- Luogo \_\_\_\_\_
- Modalità: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma genitore)

\_\_\_\_\_ (firma incaricato)