**ALLEGATO 1**

**RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Il /i sottoscritto/i …………………………………………………………………………………………………………………………

genitore/i affidatario/i- tutore/i ……………………………………………………………………………………………………….

dell’alunno/a …………………………………………………………………………………………………………………………

frequentante la classe .........................................................................................…………………………………………….…..

della scuola ........................................................................................................……..………………………………………….

nell'anno scolastico .............................................

Vista la specifica patologia dell’alunno

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Richiede/ono (barrare la/e voce/i che interessa/no)

□ La somministrazione di farmaci in orario scolastico

□ L’intervento specifico

.................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................

□ L’affiancamento e/o la vigilanza nell’autosomministrazione e/o nell’intervento specifico

Allega:

certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l’intervento specifico necessario

Data

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI/TUTORI (salvo autocertificazioni specifiche da sottoscrivere in Allegato 2)

………………………………………………………… …………………………………………………………

**ALLEGATO 2**

**RICHIESTA/DELEGA**

Al Dirigente Scolastico /Direttore Agenzia Formativa) Prof .....................................................................................................................................................

Direzione Didattica /Istituto/Agenzia .......................................................................................................................................................................................

I sottoscritti (padre) ......................................................................................... e (madre) ......................................................................................................

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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NOME COGNOME** | **PROFILO PROFESSIONALE****SCOLASTICO** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |

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 padre) ............................................................................... (firma madre) ...............................................................................

**IN CASO DI UN 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.............................................

Recapiti telefonici di entrambi i genitori

.................................................................................................................................................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................................................................................

Altri recapiti telefonici utili individuati dai genitori per comunicazioni

.................................................................................................................................................................................................................................................

Recapiti mail dei genitori

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

**ALLEGATO 3**

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

***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 intervento**

**ALLEGATO 3 bis**

**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 􀂕 30 Kg, ½ 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**