



Città di Pescara
Medaglia d'oro al Merito Civile

Settore Politiche per il Cittadino e Sistema Educativo

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I SALVAVITA NEI LOCALI E IN
ORARIO DI FUNZIONAMENTO DEL NIDO D'INFANZIA
Da consegnare al referente del Nido**

I sottoscritti e
genitori del/la bambino/a
nato/a a il
residente a in via N.
frequentante il nido d'infanzia

- ☐ Comunale (*barrare se opzione di interesse*)
☐ Privato in convenzione (*barrare se opzione di interesse*)

(oppure) I sottoscritti e
.....
esercenti la responsabilità genitoriale sul/la bambino/a
nato/a a il
residente a in via N.
frequentante il nido d'infanzia

- ☐ Comunale (*barrare se opzione di interesse*)
☐ Privato in convenzione (*barrare se opzione di interesse*)

- Consapevole del fatto che il personale del nido d'infanzia non ha né competenze né funzioni sanitarie;

- In base alla certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal MMG/Pediatra di libera scelta Dott./Dott.ssa in data / /

CHIEDONO

- ✓ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario di frequenza del servizio, da parte del personale del nido, i farmaci salvavita previsti dal piano terapeutico allegato redatto dal Dott./Dott.ssa in data / /
- ✓ esprimono il consenso affinché il personale del nido d'infanzia somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco;

Sarà cura dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà cura dei genitori o degli esercenti la responsabilità genitoriale, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia nonché a comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute

del/la bambino/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I genitori o esercenti della responsabilità genitoriale comunicano di seguito i recapiti delle persone che dovranno essere contattate dall'asilo nido in caso di necessità o urgenza:

PERSONE DA CONTATTARE	RECAPITO TELEFONICO
<i>Genitore/Esercente La Responsabilità Genitoriale</i>	
<i>Genitore/Esercente La Responsabilità Genitoriale</i>	
<i>Pediatra Di Libera Scelta/Medico Di Medicina Generale</i>	
<i>Altre Persone Di Riferimento</i>	

1. _____	
2. _____	

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita di apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale dell'asilo nido a intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personale e sensibili ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e D. Lgs. N. 196/03.

I sottoscritti, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la necessità di somministrazione di farmaci salvavita e Piano terapeutico redatto dal MMG/Pediatra di libera scelta nel quale andranno dettagliatamente riportate: Nome commerciale del/i farmaco/i salvavita, descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del/i farmaco/i, modalità di somministrazione del/i farmaco/i, dose da somministrare, modalità di conservazione del/i farmaco/i; durata della terapia.

Luogo e Data, / /

Firma dei genitori o di chi esercita la
responsabilità genitoriale

.....
.....

VERBALE DI CONSEGNA AL NIDO D'INFANZIA DEL FARMACO

In data / / alle ore, il/la Sig./Sig.ra
.....

(Barrare la voce che corrisponde)

- ☐ Genitore del/la bambino/a
☐ Esercente la responsabilità genitoriale sul/la bambino/a
.....

(riportare i dati del/la bambino/a)

Nato/a il / /..... e residente a
.....

Iscritto al nido d'infanzia

- ☐ Comunale
☐ Privato in convenzione

CONSEGNA

al/la Sign./Sig.ra, in qualità di
educatore/educatrice del nido una confezione nuova e integra del/i farmaco/i:

1.
2.

Da somministrare al/la bambino/a
come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnato presso il nido,
rilasciati in data / / dal Dott./Dott.ssa
.....

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel piano
terapeutico

- Nel seguente luogo:
- Con le seguenti modalità:

Il genitore/l' esercente la responsabilità genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al
termine dell'anno educativo e a consegnare una confezione integra all'inizio
dell'anno.

Si impegna inoltre a rifornire il nido di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo e Data, / /

Firma dell'educatore/educatrice

.....

Firma del genitore o esercente la responsabilità genitoriale

.....