**Allegato A: Richiesta dei Genitori (o di chi esercita la potestà genitoriale)**

**Allegato A: Parents’ application (parental responsibility)**

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Al dirigente scolastico

 dell’I.C. di (Bg)

I sottoscritti / *the undersigneds*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitori dell’alunna/o *Parents of the student (name and surname)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frequentante la classe/ *attending the Class* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della Scuola/ *of the School (school’s name)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di / *in (town)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a / *resident in( full address)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (abitazione) *Home’s phone number* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (madre) *Mother’s phone number* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. (padre) Father’s *phone number*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e presentati in allegato alla richiesta.

*Request the provision of medicines at school as indicated by the medical certification and the connected therapeutic plan made by the doctor (name) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_and attached to this application*

* Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiarano / *request the availability of the school to give medicines to their child and declare*:
* di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie; *to be aware that, in case medicines are administered by the available school staff, themselves are not compelled to have medical tasks and competences;*
* di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso*; to authorize the school staff to give medicines according to the therapy with no responsibility deriving from its provision.*
* di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l’eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc) nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all’avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza del materiale stesso; *to provide the school with all the medicines indicated by the therapy in its intact packaging and with all the necessary materials (cotton wool, disinfectant, gloves, etc.), bringing new packs when it finish or next to the expiry date.*
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente al dirigente scolastico eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso*; to communicate rapidly to the school director any variation in the therapy, with formal documentation produced by a doctor who is responsible.*
* Autorizzano/ Authorize:
* Se del caso, l’auto-somministrazione (alunna/o che per età, esperienza, addestramento, è autonoma/o nella gestione del problema di salute). *If it is the case, self-provision (student who is able/autonomous to manage his/her health issue)*
* Chiedono/ *Ask*:
* La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario …) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. *The chance to enter the school to give the medicine by (specify if he/she is a parent, family member or volunteer) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti */ For every communication and necessity, the contact details are the following ones:*

* Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*Available for every necessity, we kindly thank you. Best wishes.*

Firma/*Signature*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma/*Signature*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Traduzione realizzata con il Progetto FAMI LAB'IMPACT

 [www.aziendaisola.it](http://www.aziendaisola.it) Azienda Isola

e pagina Facebook Labimpact ambito Isola Bergamasca

**Allegato B: Certificazione di malattia e Piano Terapeutico**

Si certifica che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

è affetta/o dalla seguente patologia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per la quale

* vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco 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.

Farmaco/farmaci di cui si rende necessaria la somministrazione:

|  |  |
| --- | --- |
| Farmaco n. 1 - nome |  |
| Forma farmaceutica |  |
| Dosaggio  |  |
| Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco |  |
| Dose da somministrare |  |
| Modalità di somministrazione del farmaco |  |
| Modalità di conservazione del farmaco |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Farmaco n. 2 - nome |  |
| Forma farmaceutica |  |
| Dosaggio  |  |
| Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco |  |
| Dose da somministrare |  |
| Modalità di somministrazione del farmaco |  |
| Modalità di conservazione del farmaco |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Farmaco n. 3 - nome |  |
| Forma farmaceutica |  |
| Dosaggio  |  |
| Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione del farmaco |  |
| Dose da somministrare |  |
| Modalità di somministrazione del farmaco |  |
| Modalità di conservazione del farmaco |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sì | NO |

Prescrizione ADRENALINA:

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede Timbro e firma del Medico

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