

	ISTRUZIONE PER LE SCUOLE	CODICE:
---	---------------------------------	---------

I GENITORI, inviano al Dirigente Scolastico, la richiesta -Fac Simile.1\1bis ex DGR 50-7641 in calce a queste istruzioni corredata dal Piano d'azione personalizzato (all. 3 o 3bis in caso di diabete) rilasciato dal medico. L'allegato 1 prevede tre possibili situazioni:

- Richiesta di formazione\addestramento per la somministrazione del farmaco e\o esecuzione dell'intervento. In questo caso deve essere avviata la procedura di richiesta di formazione e addestramento
- Situazione sanitaria invariata dello studente, con personale già formato negli anni precedenti, in tal caso i genitori\tutori consegneranno alla Scuola l'allegato 1 con barrata l'opzione di richiesta di rinnovo dell'autorizzazione alla somministrazione farmaci\interventi specifici.
- Studente in grado di autosomministrarsi la terapia l'allegato, con richiesta di sorveglianza durante la somministrazione. In questo caso, se ritenuto opportuno, potrà essere richiesta la sola FAD.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO O OMOLOGO valuta la fattibilità organizzativa della procedura constatando, coadiuvato dai referenti di plesso, la presenza nella scuola degli spazi adatti alla conservazione e somministrazione del farmaco e la disponibilità alla formazione e alla somministrazione del farmaco\esecuzione dell'intervento del personale docente\ata in servizio e lo comunica ai genitori.

I GENITORI, inviano al Dirigente scolastico o omologo una seconda richiesta redatta con i contenuti Fac Simile 2 ex DGR 50-7641 di queste istruzioni, nella quale **chiedono di autorizzare il personale indicato** a seguire il percorso formativo, di attivare le procedure per l'esecuzione dell'intervento e delegano il personale scolastico, resosi disponibile e formato sul caso specifico, all'esecuzione dell'intervento\somministrazione del farmaco.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO O OMOLOGO, quale titolare del trattamento dati e garante dell'attuazione del piano dell'inclusione scolastica:

- nomina *ASL Novara* come *responsabile esterno del trattamento*, per consentire la frequenza dei corsi FAD su piattaforma CSI 3L SMART
- dichiara di essere consapevole che ASL Novara nominerà CSI sub responsabile esterno del trattamento e gli trasmetterà i nominativi e gli indirizzi e-mail del personale della Scuola per cui è richiesta e autorizzata la frequenza al corso FAD.
- richiede al Direttore di Distretto dell'area di appartenenza dell'I.C, la formazione\informazione\addestramento del personale dipendente dalla scuola (o agenzia formativa o nido) redatta secondo i contenuti del Fac Simile 2-3\3bis e 4 , per permettere la frequenza in sicurezza dello studente con bisogni speciali di salute.

Tutte le richieste dovranno essere redatte in modo conforme e indirizzate **esclusivamente** tramite pec all'indirizzo protocollogenerale@pec.asl.novara.it .

Non potranno essere accettate ed avere seguito, le richieste pervenute tramite canali diversi da quelli indicati, incomplete o redatte su modulistica non conforme.

L'ASL, dopo accettazione della nomina a responsabile esterno del trattamento dei dati e verifica della documentazione inviata, attiverà ed effettuerà il percorso formativo specificatamente predisposto, in accordo con i richiedenti a cui ne darà comunicazione. Potrà richiedere fotografie del luogo di conservazione del farmaco.

Parte del percorso formativo potrà essere svolto in *FAD* ma tale frequenza necessita pre-iscrizione da parte di ASL Novara, che potrà avvenire tramite l'invio della tabella excel in calce all'all.2.

In nessun caso è ammessa la frequenza al corso FAD senza la preventiva pre-iscrizione; l'autoregistrazione degli utenti, genera un blocco del sistema e la necessità da parte di CSI di ripetere le registrazioni secondo le modalità corrette e concordate con ASL Novara, con ritardi nel rilascio dell'autorizzazione alla frequenza.

La formazione FAD dovrà essere completata PRIMA della formazione in situazione\addestramento e gli attestati di avvenuta formazione in FAD, scaricabili dopo aver fruito del corso, a fine formazione saranno allegati alla scheda di formazione in situazione.

Al termine della formazione in situazione\addestramento, il personale ASL compilerà la scheda di formazione in situazione che verrà lasciato alla Scuola per l'apposizione delle firme necessarie:

- Firme dell'Operatore scolastico formato. **NB.** *I nominativi del personale che partecipa alla formazione NON potranno essere diversi da quelli indicati nella richiesta dei genitori al Dirigente scolastico*
- Firme dei genitori che delegano gli operatori scolastici all'esecuzione dell'intervento e che si impegneranno nello stesso tempo a fornire alla scuola i farmaci\presidi previsti dal Piano terapeutico, (i farmaci consegnati alla scuola dovranno essere in corso di validità, contenuti in confezione integra)
- Visto del Dirigente scolastico

IL DIRIGENTE SCOLASTICO richiederà autorizzazione all'esecuzione della procedura, compilando il Fac Simile 6 di queste istruzioni e inviandolo all'ASL tramite PEC insieme all'ALL. A -SCHEDA DI FORMAZIONE IN SITUAZIONE- debitamente controfirmato.

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO ASL, viste le richieste e gli allegati, rilascerà autorizzazione alla somministrazione dei farmaci o all'esecuzione dell'intervento specifico secondo i bisogni sanitari e le indicazioni mediche-

Per la gestione delle emergenze resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale attraverso il Numero unico di emergenza (NUE)112, avvertendo contemporaneamente la famiglia.

Richiesta Dei Genitori Al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico/Direttore Ag. Formativa

Dr./Dr.ssa _____

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/ Agenzia formativa/ Nido/Scuola d'infanzia/
Scuola secondaria I o II GRADO

I sottoscritti (padre) _____ (madre) _____
in qualità di Genitori/Tutori del minore _____ iscritto per l'anno scolastico _____
presso la scuola/nido/materna _____ classe/sezione _____ vista la specifica patologia
del minore _____
chiedono:

- la somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico(*);
- l'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto-somministrazione del farmaco e/o nell'autoesecuzione dell'intervento in orario scolastico oppure la possibilità di eseguire personalmente l'intervento.
- la richiesta il rinnovo dell'autorizzazione alla somministrazione del farmaco/l'esecuzione dell'intervento in orario scolastico; all'uopo dichiarano:

1) che considerati gli atti depositati presso I.C./Istituto Scolastico ai sensi del D.G.R. 50-7641 con nota prot. n. _____ del _____ relativi al/alla minore stessa **con la presente rinnovano formalmente l'atto di delega nei confronti del personale scolastico precedentemente delegato e autorizzato** con atto nota prot. n del _____ del Direttore del Distretto Sanitario competente

2) che il piano terapeutico/intervento/i assistenziale/i richiesti non sono variati rispetto a quanto prescritto e richiesto per gli anni scolastici precedenti frequentati presso lo stesso plesso. A tal fine allegano specifica certificazione/prescrizione medica.

3) che provvederanno ad inoltrare tempestivamente al Dirigente Scolastico, attraverso la documentazione medica (all. 3-3bis) ogni variazione del piano prescrittivo precedentemente consegnato.

Data: _____

Firma (genitore 1)

Firma (genitore 2)

(*) N.B: DA INVIARE AD ASL Novara SOLO in caso di richiesta di somministrazione di farmaco/esecuzione intervento in orario scolastico CHE RICHIEDE FORMAZIONE; negli altri casi è sufficiente inserirla nel fascicolo dello studente

RIPORTARE SU CARTA INTESTATA DELL'I.C. (o omologo)

Richiesta/delega/liberatoria (inviarne copia all'ASL Novara)

Al Dirigente Scolastico/Responsabile Pedagogico o del personale/Direttore Agenzia formativa

Dr.

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Nido/Scuola d'infanzia/Agenzia/Altro.....

I sottoscritti (genitore 1)(genitore 2)in qualità di
Genitori/Tutori del minore iscritto per l'anno
scolastico.....presso la Scuola/Nido/Ag.Formativa.
sede.....classe/sezione

chiedono a Codesta Direzione:

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, la somministrazione farmaco/esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, e a tale scopo,
- di autorizzare il personale scolastico\altro.....in elenco a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per la somministrazione farmaco/l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

Cognome Nome	Qualifica	SOLO FAD*	FORMAZIONE COMPLETA*
*FIRMARE il tipo di FORMAZIONE RICHIESTA\ACCETTATA			

NB. COMPILARE LA TABELLA excel ALLEGATA CON I DATI NECESSARI PER ISCRIZIONE A FAD

FAC-SIMILE ALL. 2 \2 ex DGR 50-7641\2014
(riportare su carta intestata della scuola\ ag. formativa \nido)

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*** (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare anche lo stato di salute), ***e autorizzano ad informare il personale in elenco*** ai sensi della normativa vigente in materia;
- ***autorizzano all'attivazione della rete territoriale/ospedaliera*** da parte dei servizi sanitari coinvolti, al fine di garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi erogati al minore
- ***() acconsentono***
- ***() NON acconsentono all'erogazione della formazione in sessione condivisa in risposta ai bisogni di altro\i studente\i con la stessa patologia.***

In fede (firma genitore 1)

(firma genitore 2)

Numeri di telefono utili: genitore 1

genitore 2.....

Altri numeri utili

In caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare

Il sottoscritto genitore\tutore del minore.....
dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore assente.

FIRMA Luogo Data

CODICE MECCANOGRAPHICO I.C.	NOME I.C.	COMUNE I.C.	MAIL I.C.	NOME E SEDE PLESSO SCOLASTICO

NB: il codice fiscale va scritto Scrivere **MAIUSCOLO** Scrivere **MAIUSCOLO** Scrivere in **minuscolo**
in **minuscolo**

codice fiscale	NOME	COGNOME	e-mail istituzionale . <u>In assenza di mail istituzionale</u> indicare altra mail

TABELLA di **excel** con DATI DA INVIARE A CSI

Richiesta di informazione/formazione/addestramento per il personale scolastico/educativo

Al Direttore del Distretto () AREA NORD Dottoressa M.L.Demarchi **() AREA SUD** Dott. G.Valzer
() Distretto Urbano NOVARA Dott. G.Masoero

Oggetto: richiesta di *Informazione/Formazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo per il minore* _____

*Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ Dirigente Scolastico /
Resp. Pedagogico o del personale / Direttore Ag.formativa/altro.....(personale dei Comuni)
indirizza all'attenzione dell'ASL una richiesta di informazione/Formazione/Addestramento per il personale
scolastico/educativo/altro.*

A tal fine dichiara:

- quale titolare del trattamento dati, di nominare ASL Novara come responsabile esterno del trattamento per la frequenza dei corsi FAD su piattaforma CSI 3 I SMART. (*ASL Novara nominerà CSI sub responsabile esterno del trattamento dati poiché trasmetterà i nominativi e gli indirizzi e-mail del personale per cui è richiesta e autorizzata la frequenza al corso FAD stesso*).

- di aver effettuato una valutazione di fattibilità per quanto attiene agli aspetti scolastico-organizzativi;

- di aver verificato, ed aver raccolto formalmente, la disponibilità del personale scolastico/educativo, delegato dai genitori del minore, ad essere formato/addestrato e a somministrare il farmaco/realizzare l'intervento sul minore,

- che il personale elencato in tabella è dipendente della Scuola o assimilati es Comune e non di cooperative o assunto tramite forme di "somministrazione lavoro".

- di aver identificato: un locale adeguato per la somministrazione farmaci/l'effettuazione dell'intervento, valutando anche le necessarie esigenze di riservatezza e sicurezza , fermo restando che in caso di urgenza l'intervento potrà essere svolto dove si rende palese la necessità; e un locale/spazio adeguato alla conservazione dei farmaci, delle attrezzature necessarie e della documentazione sanitaria del minore, nel rispetto della normativa vigente e non accessibile agli studenti

Il farmaco e l'all.3 relativo saranno conservati nel locale (es. segreteria, accanto a presidenza)

_____ sito al piano _____, in apposito armadio\cassetto
_____ (es. armadietto pronto soccorso\frigorifero).

- di garantire, per i locali/spazi identificati, la destinazione d'uso, l'adeguatezza e la manutenzione, comprensiva delle apparecchiature necessarie (es.: telefonia, frigorifero, ecc.), in modo continuativo e per tutto il tempo in cui sia necessaria l'effettuazione dell'intervento sul minore.

Si allegano alla presente, i seguenti documenti :

■ Richiesta/delega dei genitori (Allegato 2)*con nominativi personale da formare

■ Documentazione medica riguardante l'allievo (Allegato 3/3 bis)*

*Allegati obbligatori sul caso specifico

data, _____

FIRMA

RICHIESTA Autorizzazione all'ASL dopo formazione

Al Direttore del Distretto AREA: ☐ **NORD** Dottoressa M.L. Demarchi ☐ **SUD** Dott. G.Valzer
☐ **Distretto Urbano NOVARA** Dott. G.Masoero

Oggetto: Richiesta Autorizzazione dopo formazione a favore del Minore _____

Il/la sottoscritt... Dr/Dott.ssa

Dirigente Scolastico/Responsabile del personale/Direttore Agenzia formativa

dell' Istituto Comprensivo/ Scuola d'infanzia/Agenzia/Altro (riportare Nome I.C. o equivalenti)

.....

al termine del percorso di Informazione/Formazione/Addestramento svolto dal Vs. personale sanitario a favore del nostro personale scolastico/educativo,

chiede

di poter attivare la procedura per la somministrazione farmaco/esecuzione intervento sul minore in orario scolastico, come da certificazione medica (All. 3/3bis) inviata all'atto della richiesta di attivazione della formazione e da verbale di avvenuta formazione, **in allegato (Allegati 5 di Formazione in Situazione)**

Data, _____

FIRMA

N.B. QUESTA RICHIESTA DEVE ESSERE INVIATA ESCLUSIVAMENTE dagli I.C., Agenzie formative o Scuole parificate, per i Nidi comunali (e altri dipendenti comunali), pur fruendo della formazione, non essendo ciò espressamente previsto dalla DGR 50-7641/2014, la delega formale dei genitori all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute del figlio in orario peri-scolastico, al personale elencato nell' all. 2 ex DGR 50-7641 costituisce autorizzazione all'esecuzione dell'intervento richiesto nel Piano d'azione personalizzato, ivi compresa la somministrazione dei farmaci e oggetto di formazione come descritto nell'ALL.A. A tale scopo l'allegato inviato ai richiedenti alla fine del percorso formativo, riporta tali specifiche;

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

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a. _____ Residente a _____

via _____

Frequentante Classe _____ SCUOLA _____

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 _____

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 _____

Presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico: _____

Modalità di esecuzione: _____

Orario di esecuzione dell'intervento/i _____

Eventuali note: _____

data: _____

Timbro e Firma 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 IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

BAMBINI AFFETTI DA ASMA BRONCHIALE \ BRONCOSPASMO

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a. _____ Residente a _____

via _____

Frequentante Classe _____ SCUOLA _____

Allergia a : _____

Il/LA bambino/a è affetto/a da asma bronchiale allergico.

I SEGNI DI ATTACCO ACUTO D'ASMA INCLUDONO:

- ☐ accessi di tosse e respiro accelerato, sibili espiratori, rientramenti tra le coste e sotto il diaframma e in casi severi
- ☐ importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio

COSA FARE:

In caso di attacco acuto d'asma

- ☐ **chiamare SUBITO il 112**
- ☐ somministrare SUBITO con distanziatore:

Ventolin o Broncovaleas spray: 2 puff subito, ripetibili fino a 6-8 puff totali

- agitare la bomboletta
- due spruzzi di SALBUTAMOLO (Ventolin o Broncovaleas) nel distanziatore
- 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- ripetere i 5 respiri per ogni altro spruzzo di Ventolin o di Broncovaleas

☐ Somministrare BETAMETASONE(**Bentelan cp**) **1 mg:** ____ compressa/e subito, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua

avvisare i genitori

Altra prescrizione

NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI

data: _____

Timbro e Firma 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 IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

BAMBINI AFFETTI DA ASMA BRONCHIALE \ BRONCOSPASMO

piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a. _____ Residente a _____

via _____

Frequentante Classe _____ SCUOLA _____

Allergia a : _____

Il/LA bambino/a è affetto/a da asma bronchiale allergico.

I SEGNI DI ATTACCO ACUTO D'ASMA INCLUDONO:

- ☐ accessi di tosse e respiro accelerato, sibili espiratori, rientramenti tra le coste e sotto il diaframma e in casi severi
- ☐ importante difficoltà respiratoria, cianosi, arresto respiratorio

COSA FARE:

In caso di attacco acuto d'asma

- ☐ **chiamare SUBITO il 112**
- ☐ somministrare SUBITO con distanziatore:

Ventolin o Broncovaleas spray: 2 puff subito, ripetibili fino a 6-8 puff totali

- agitare la bomboletta
- due spruzzi di Ventolin o Broncovaleas nel distanziatore
- 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- ripetere i 5 respiri per ogni altro spruzzo di Ventolin o di Broncovaleas

Bentelan cp 1 mg: ____ compressa/e subito, sciolta/e sotto la lingua o in poca acqua

avvisare poi la madre _____ il padre _____

Altra
prescrizione _____

**NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI
ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI**

data: _____

Timbro e Firma Medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico.

FAC SIMILE ALL.3\1 EX DGR50-7641\2014

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

PREGRESSA ANAFILASSI piano d'azione personalizzato

Cognome e Nome _____

Nato il _____ a. _____ Residente a _____

via _____

Frequentante Classe _____ SCUOLA _____

Allergia a : _____

I SEGNI DI REAZIONE ALLERGICA INCLUDONO:

1. Occhi: arrossamento e/o sfregamento degli occhi, lacrimazione
2. Naso: sternali ripetuti, prurito nasale, naso "che cola", sensazione acuta di naso tappato
3. Bocca: prurito e gonfiore delle labbra, lingua o bocca
4. Cute: senso di calore, prurito al cuoio capelluto, orticaria, eruzione pruriginosa e/o gonfiore della faccia o di mani / piedi e/o della zona perigenitale

5. Respiro alterato :

A. lievi accessi di tosse e respiro accelerato, sibili respiratori (fischio), rientramenti alla base del collo, tra le coste e il diaframma

B. senso di chiusura e/o nodo alla gola e/o senso di soffocamento, raucedine acuta, importante difficoltà respiratoria, cianosi (labbra e cute bluastre), arresto respiratorio.

6. Intestino: nausea, crampi addominali, vomito e/o diarrea

7. Circolo/ Sistema nervoso: pallore intenso, malessere generale, debolezza, sonnolenza, vertigine, battito cardiaco accelerato/lento/ irregolare, PERDITA DI COSCIENZA

La severità dei sintomi può cambiare rapidamente evolvendo in situazioni pericolose per la vita!

COSA FARE:

se l'assunzione\puntura è CERTA oppure è SOSPETTATA in base alla comparsa di uno o più tra i sintomi elencati **chiamare SUBITO il 112 (SEGNALARE sospetta ANAFILASSI)**

SE COMPAIONO UNO O PIU' SINTOMI tra quelli elencati da 1 a 5 somministrare SUBITO

() Formistin o Zirtec gtt _____ (1gtt\2kg)

() Kestine 10 mg lio

() Betametasone (Bentelan) compresse da 1 mg _____ compressa/e per bocca (0,1-0,2 mg\Kg)

() altro _____

QUALORA COMPARISSSE IL SINTOMO 5 A

Somministrare oltre a cortisone e antistaminico SALBUTAMOLO spray (Ventolin o Broncovaleas):

..... puff subito, ripetibili ogni minuti FINO AD UN MASSIMO DI 3 VOLTE.

- agitare la bomboletta
- uno spruzzo del farmaco nel distanziatore
- far eseguire 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca
- subito dopo i 5 respiri agitare la bomboletta e ripetere lo spruzzo del farmaco
- far eseguire 5 respiri profondi attraverso il boccaglio o con la mascherina del distanziatore, solo con la bocca

Dopo minuti, se il respiro non è tornato normale, ripetere il Ciclo (1 spruzzo-5 respiri + 1 spruzzo-5 respiri)

Altra prescrizione:

QUALORA COMPARISSERO I SINTOMI DA 5B a 7 somministrare adrenalina autoiniettabile:

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ FAST JEKT 150 mcg | ☐ JEXT 150 mcg | ☐ CHENPEN 150 mcg |
| ☐ FAST JEKT 300 mcg | ☐ JEXT 300 mcg | ☐ CHENPEN 300 mcg |
| ☐ ADRENALINA.....mcg | | |

Avvisare i genitori

NON ESITARE NEL CONTATTARE IL 112 E NEL SOMMINISTRARE I FARMACI ANCHE SE I GENITORI NON POSSONO ESSERE RINTRACCIATI.

data: _____

Timbro e Firma Medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico.