

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

Scelta del medico e uso dei medicinali

Parte I – DATI IDENTIFICATIVI

Dati identificativi: _____

Dati dei genitori (in caso di minori di età): _____

N.B.: in caso sia presente un solo genitore occorre allegare il previsto modello di autocertificazione.

PARTE II – ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io/Noi sottoscritto/a/i _____ dichiaro di:

- essere a conoscenza del Regolamento di disciplina della vita interna del Convitto che nella sezione *EDUCAZIONE ALLA SALUTE E ASSISTENZA MEDICA* recita:

E' garantita assistenza sanitaria da un medico del servizio sanitario nazionale e dal personale infermieristico nella fasce orarie stabilite annualmente dalla direzione.

Per conseguire tale obiettivo, per i convittori/trici residenti fuori dell'ambito di operatività della ASL 8 (provincia di Arezzo), è fatto obbligo di provvedere, entro dieci giorni dall'ingresso in convitto, alla scelta del medico del servizio nazionale convenzionato con la struttura convittuale.

In alternativa, le famiglie dichiareranno che intendono mantenere il proprio medico, impegnandosi, qualora le condizioni mediche lo richiedano, a ritirare il figlio/a per portarlo dal proprio medico oppure ad autorizzare il Convitto a portare il figlio/a da un medico di fiducia, con eventuali spese a carico della famiglia stessa.

In mancanza di tali adempimenti, non potendosi garantire il diritto all'assistenza sanitaria, il convittore/trice dovrà abbandonare il convitto.

La Direzione verrà informata dello stato di salute dei ragazzi dal personale educativo in servizio e ne informerà le famiglie.

E' fatto divieto a tutti i convittori di far uso di medicinali specifici e di conservare gli stessi nei propri armadietti, se non espressamente prescritti dai sanitari e dopo averne informato il servizio infermieristico del convitto.

Per quanto riguarda i medicinali di uso comune (antidolorifici, per mal di testa e simili) i convittori e le convittrici li assumeranno, informati gli educatori e le educatrici, sotto la responsabilità dei genitori che forniranno i propri figli dei prodotti che usano comunemente.

- aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sulle modalità di scelta del medico e sull'uso di medicinali di uso comune e specifici

Dichiaro inoltre:

- ☐ cessare il servizio del medico della propria ASL di appartenenza e di scegliere il medico del servizio nazionale convenzionato con la struttura convittuale.

oppure

- ☐ voler mantenere il proprio medico, impegnandomi/ci, qualora le condizioni mediche lo richiedano, a ritirare il figlio/a per portarlo dal proprio medico oppure ad autorizzare il Convitto a portare il figlio/a da un medico di fiducia, con eventuali spese a carico della famiglia stessa..

Osservazioni: _____

Luogo: _____ Data: _____

Firma/e: _____
