RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....
Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....,

☐ Genitore dello studente/essa ....., (oppure) ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure) ☐ Studente/essa maggiorenne nato/a a..... il ...../...../..... e residente a ..... in Via ....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto ..... sito in Via ..... Cap ..... Località ..... Provincia .....,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... . /dal Dott. ....., in data .../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

☐ che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

☐ che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
Sarà mia cura 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 mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

In fede

Luogo _____ Data __/__ /____ (1) Firma _____

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a ..... nato/a a .....,
in data ..../..../..... residente in .....

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ e Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco ....., con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

  ◯ salvavita oppure ◯ indispensabile;

- Considerato che 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;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia ☐ al genitore dell'alunno/a (oppure) ☐ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo .....

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

All. 5

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare

all'alunno/a _____
(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

In data_____alle ore_____, la/il sig./sig.ra_____,
(barrare la voce che corrisponde)

□ genitore dell'alunno/a_____

(oppure) □ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

Nato/a a _____, il_____/_____/_____ e

residente a_____, iscritto alla la classe ..... sez .....

Della Scuola dell'Infanzia / Primaria /secondaria

di .....plesso ....., consegna all'incaricato,

Sig./Sig.ra_____, un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1)_____

2)_____

da somministrare all'alunno/a _____

in caso di (specificare evento) _____

_____

_____

da certificazione medica consegnata in segreteria (prot. N _____del _____) e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott. .....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- si impegna a ritirare il farmaco alla fine dell'anno scolastico e a consegnarlo in confezione integra all'inizio di quello successivo e ogni volta che il medicinale sarà terminaro.
- Si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

....

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico, nel seguente luogo: _____ con le seguenti modalità:_____

Luogo _____ Data___/___/_____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore_____

In caso di firma di un solo genitore, il sottoscrittore, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, si sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt 316 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Genitore 1_____ Firma_____

Da conservare agli atti dell'Istituto

Modulo 04

Al Dirigente Scolastico

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente.....presso

la scuola

.....docente

formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno(iniziale).....della classe.....

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

firma per presa visione

Modulo 05

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/30/06/03)

INFORMATIVA AI SENSI **DELL'ART**.13 D.Lgs.196

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di tarmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs.196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.