

Allegato 1

Al Dirigente scolastico dell'Istituto

..... Indirizzo

Oggetto: **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO o ASSISTENZA AUTO-SOMMINISTRAZIONE**

I sottoscritti (Cognome e Nome) ,

Genitori dello studente/essa, (oppure)

Esercente la potestà

genitoriale sullo studente/essa, residenti/e 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

.../.../.....;

CHIEDONO

- che all'alunno **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

- che l'alunno, 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

Esprimiamo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, restando disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleviamo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà nostra 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 acconsentiamo al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e Regolamento UE 679.

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 apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

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.

Luogo

Data

In fede
Firme

Allegato 2

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: **Prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)**

I sottoscritti _____ Genitori dell'alunno/a __nato/a _____

iscritto/a alla classe __Sez __Plesso _;

avendo inoltrato nel precedente A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico; considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata,

chiedono

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno 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.

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 apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

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

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03 e del Regolamento UE 679. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro- tempore.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e norme successive (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Cava de' Tirreni , _____

I Genitori

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco
.....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

- Dose da somministrare

.....
Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

.....
Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda
USL

.....
.....

Luogo

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

In fede
Timbro e Firma del Medico

ALLEGATO 4 DOCENTI

Al Dirigente Scolastico I.C. "CARDUCCI -TREZZA"

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a in servizio presso codesta scuola in qualità

di Docente formato SI

NO

Collaboratore Scolastico formato SI

NO

Considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a

(iniziali).....classe/sezione.....

Scuola.....Plesso.....

.....

DICHIARA

La propria disponibilità alla somministrazione del farmaco salvavita o all'assistenza all'autosomministrazione del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data ,.....

Firma.....

Allegato 5

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
CARDUCCI TREZZA

In data alle ore il/la sig./sig.ra

.....

.....

.....

. genitore dell'alunno/a (indicare le iniziali) frequentante la classe
..... della scuola

.....

consegna nelle mani di
..... una confezione

nuova ed integra del farmaco da

che sarà conservato, secondo le modalità definite dal medico di riferimento, nel seguente luogo: ____

e da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico
nell'Allegato 3.

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
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Il personale che riceve il farmaco

..... Il genitore che consegna il farmaco

.....

Data

