

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(la richiesta ha validità per l'anno scolastico in cui viene presentata)

Al Dirigente Scolastico
ITET Garibaldi- Marsala

OGGETTO: Richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti genitori di
.....nato a il residente a in
via.....

n.frequentante la classe ITET "Garibaldi"- sede.....essendo il
minore affetto dalla seguente

patologiae constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa_____;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento_____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa_____;

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. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto conferma 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, dott. Loana Giacalone.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione..... Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

Allegato B

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(a cura del PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
da consegnare alla Dirigente dopo la compilazione

Il sottoscritto _____ medico curante/pediatra

dell'allievo _____ nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

frequentante la classe _____ presso la sede di via _____

dell'I.T.E.T. "G. Garibaldi" di Marsala (TP)

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico,

PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI AL SUDETTO/A ALUNNO/A

PIANO TERAPEUTICO DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE

Patologia certificata: _____

Nome commerciale del farmaco e principio attivo: _____

Forma farmaceutica: _____

Modalità di somministrazione: _____

Dosaggio: _____

Orario di somministrazione: _____

Durata terapia (*entro i limiti del singolo anno scolastico*): dal _____ al _____

Capacità di auto-somministrazione perché paziente istruito: SI NO

Modalità di conservazione del farmaco: _____

Descrizione **IN DETTAGLIO** dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

Eventuali note _____

Si dichiara che la somministrazione del predetto farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

(luogo e data)

(timbro e firma del medico)

Prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

**Al Dirigente Scolastico
ITET Garibaldi - Marsala**

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 decorso 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, i sottoscritti 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. 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, dott. Loana Giacalone.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Marsala _____

I Genitori

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti genitori di
.....nato a il residente a in
via.....

n.frequentante la classe ITET "Garibaldi"- sede.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico,
la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in
datadal dott.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs
196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data,

Firma dei genitori

.....

.....

Allegato E

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE/ATA
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

**Al Dirigente Scolastico
ITET Garibaldi - Marsala**

Il/L sottoscritto /a _____,
personale docente/ personale ATA, in servizio nell'a. s. _____ presso Codesto Istituto,
nella sede _____, classe _____ *(solo per il personale docente)*

DICHIARA

- Di essere /non essere disponibile** *(cancellare la voce che non interessa)* a somministrare in orario scolastico il farmaco indispensabile/salva vita all'alunno/a _____, della classe _____ secondo il piano di intervento depositato agli atti della Scuola.

- di essere/non essere in possesso di formazione per "Primo soccorso"** *(cancellare la voce che non interessa)*

Marsala,.....

Firma _____

Allegato F

**DESIGNAZIONE DEL PERSONALE AUTORIZZATO
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

A.....
I.T.E.T. "G.GARIBALDI"
e p.c. al coordinatore della classe

LA DIRIGENTE

CONSIDERATA la richiesta inoltrata a questo Ufficio, relativa alla somministrazione di farmaci in orario scolastico, dai Genitori dell'alunno/a _____

_____ nato/a a _____
_____ il _____ frequentante _____ la _____ classe
_____ della sede _____ di questo Istituto,

DESIGNA IL PERSONALE DI SEGUITO INDICATO:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Alla somministrazione del farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Loana Giacalone Dirigente
I.T.E.T. "G.Garibaldi"
Marsala (TP)

Firma per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

Marsala, _____

Allegato G

VERBALE DI CONSEGNA FARMACI DA SOMMINISTRARE IN ORARIO SCOLASTICO

In data _____ alle ore _____ il/la Sig. _____

e la Sig.ra _____ genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della sede _____

consegna a _____ una confezione nuova ed integra del farmaco _____

da somministrare all'alunno/a in caso di _____ (indicare l'evento)

come da certificazione medica agli atti della scuola e in copia allegata alla presente.

I Genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

- provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato/scaduto.

- comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Il Dirigente Scolastico _____

Il Personale della scuola (*qualifica*) _____

I Genitori _____

Allegato H

VERBALE DI RICONSEGNA FARMACI ALLA FAMIGLIA
--

In data _____ alle ore _____ il/la Sig. _____

e la Sig.ra _____ genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della sede _____

ricevono in consegna da parte della scuola la confezione del farmaco da loro consegnato con verbale precedente ai fini della somministrazione del farmaco salvavita al loro figlio/a.

I Genitori _____

PER RICEVUTA Il Dirigente Scolastico _____