

Allegato 1

**Al Dirigente Scolastico
dell'istituto Comprensivo "Federico II di Svevia"
Avigliano Frazioni-Filiano**

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
genitori dinato/a a il
..... residente a in
via..... n.frequentante la classe della
Scuolaessendo il minore affetto da una patologia che
necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico

chiedono che

al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

(oppure)

che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente 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.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....
.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)

cell/studio.....

Autorizzazione dei genitori alla somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

**Al Dirigente Scolastico
dell'istituto Comprensivo "Federico II di Svevia"
Avigliano Frazioni-Filiano**

Il sottoscritto/a _____ genitore/tutore dello/a
studente _____ nato/a a
_____ il _____ residente a
_____ in Via _____ frequentante
la classe _____ sez. _____
della scuola _____
plesso di _____

dopo aver ricevuto dall'istituto la comunicazione dell'accoglimento della richiesta di somministrazione
farmaci in orario scolastico

AUTORIZZA

gli operatori scolastici che si sono resi disponibili, a somministrare i farmaci previsti
all'alunno _____.

Luogo e data _____, _____

Firma del genitore _____

Firma del genitore _____

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di
ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per
chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la
scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater
del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno/a _____, data e luogo di nascita _____ classe _____ sez _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco _____

Modalità di conservazione _____

Effetti collaterali _____

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):

- SI
- NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di seguito indicate:

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti sintomi:

- 1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

- 2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

DICHIARA INOLTRE

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; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data, luogo _____

Firma



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "FEDERICO II DI SVEVIA" AVIGLIANO FRAZIONI-FILIANO

**Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado a Indirizzo Musicale
Filiano - Lagopesole – Possidente - Sant'Angelo – Lolla - San Giorgio
Via G. Leopardi n. 5 Lagopesole – 85021 Avigliano (PZ)**

C.F.: 80007570767 Cod. MC. PZIC871009 sito web: www.icaviglianofrazioni.edu.it

 uffici 0971 86022 -0971 868056  pzic871009@istruzione.it  pzic871009@pec.istruzione.it

INFORMATIVA PRIVACY

relativa alla somministrazione di farmaci a scuola

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative.

A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:

- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
- nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica

Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta;
- Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti
- Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo
- Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto)
- Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento)

I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori.

Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, quali i diritti dell'interessato, sono a disposizione nell'informativa generale già fornita in occasione dell'iscrizione e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale della scuola, cui rimandiamo. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al titolare del trattamento all'indirizzo email: pzic871009@istruzione.it.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PESONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____
frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola _____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa privacy e

PRESTANO IL CONSENSO

al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data _____, _____

Firme _____

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore _____



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "FEDERICO II DI SVEVIA"
AVIGLIANO FRAZIONI-FILIANO**

**Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di I grado a Indirizzo Musicale
Filiano - Lagopesole – Possidente - Sant'Angelo – Lolla - San Giorgio
Via G. Leopardi n. 5 Lagopesole – 85021 Avigliano (PZ)**

C.F.: 80007570767 Cod. MC. PZIC871009 sito web: www.icaviglianofrazioni.edu.it

uffici 0971 86022 -0971 868056 pzic871009@istruzione.it pzic871009@pec.istruzione.it

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 _____, il ___/___/_____ e residente a _____

iscritto alla la classe _____ sez _____

della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria plesso di _____
consegna all'incaricato,

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

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____

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

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore _____