

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

Al Dirigente scolastico dell'Istituto

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

☐ Genitore dello studente/essa, (oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa

nato/a a..... il / / e residente a in
Via, che frequenta la classe sez

Della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria

di
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 SL /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 **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 sollevi 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 Regolamento (UE) 2016/679.

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.

Luogo

Data

___/___/___

(1) Firma

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

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

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

- 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;

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

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome

Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

Modalità di somministrazione del farmaco

Mattina (h.) dose da somministrare

Pasto (prima, dopo) dose

Pomeriggio (h.) dose

- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

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

.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... **(Oppure)**

B) 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 ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

☐ Sì

☐ No

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

.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'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)

☐ genitori 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

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 dei genitori _____

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. "L. Da Vinci-P. Visconti"
di Omignano

Oggetto: **Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente

dell'I.C. "L. Da Vinci-P. Visconti" di Omignano presso la sede
di.....,

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....

della classe..... dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci

secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Firma

.....