

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI (CONTIENE DATI SENSIBILI)

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti genitori
di nato a il
residente a in Via.....
frequentante la classe della Scuola di
essendo il minore affetto dalla seguente patologia.....e
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.....;

- A. 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.
- B. 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.
- C. 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.
- D. 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.
- E. I sottoscritti autorizzano il personale della scuola a 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 Comprensivo Statale "G. Parise" dichiara che il trattamento dei dati personali da voi 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 Comprensivo Statale "G. Parise" 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 voi potrete 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. Pier Paolo Frigotto.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Numeri di telefono utili:

Genitori

.....cell./abitazione.....

.....cell./abitazione.....

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

..... cell/studio.....

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

NB) Si allega alla presente apposita Certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Luogo e data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

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

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno nome e
cognome _____ data _____ e luogo _____ di
nascita _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA CHE

L'ALUNNO _____ È AFFETTO DA (*patologia presentata dall'alunno per
cui viene richiesta la somministrazione del farmaco*) _____
pertanto in caso di urgenza e precisamente con i seguenti sintomi:

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

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

Nome commerciale farmaco _____

Dose da somministrare _____

Modalità conservazione _____

Effetti collaterali _____

DICHIARA

inoltre che la somministrazione di tale farmaco non presenta alcun effetto collaterale e
pertanto il personale scolastico nominato e presente al momento della crisi, vista l'urgenza
della situazione, ha l'obbligo di somministrare il farmaco il più precocemente possibile,
pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Si precisa che per la somministrazione del suddetto farmaco non occorre la presenza di
una figura sanitaria e non vi è discrezionalità.

data, luogo _____

In Fede (timbro e firma) _____