MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "Giacomo Matteotti"
Via Ottorino Respighi, n° 6 - 04011 Aprilia (Latina) – Tel. 06/9257905 – 06/92730463
www.icmatteottiaprilia.edu.it - Mail: LTIC824009@istruzione.it Pec: LTIC824009@pec.istruzione.it
C.M. LTIC824009 – C.F. 80006530598 – C.U.U. UFP896

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti ..... e .....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... della scuola.....

nell'anno scolastico....., affetto da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ..... dal Dott. .....

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra .....

☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:

- □ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- □ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato .....,

Lotto ..... scadenza ..... e relativa prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso ……. Tel cell ……..

Tel. Genitori: tel fisso ……. Tel cell …….

Tel. medico curante Dott. ..... tel. ……

NB:
La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO

Cognome…… Nome .....

Nato il. ..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe…… della scuola……

sita a …….. in Via ……

Affetto da ……

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐ **Salvavita** ☐ **Indispensabile**

Modalità di somministrazione:.....

Orario: 1^ dose .....; 2^ dose……; 3^ dose……; 4^ dose……;

Durata della terapia: ……

Modalità di conservazione: ……

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

☐ **Parziale autonomia** ☐ **Totale autonomia**

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare: ……

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione……

……

Dose: ……

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione: .....

Note……..

(Luogo e Data) ..... il ..... **Timbro e Firma del Medico curante**

……..

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Matteotti" - **Aprilia**

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO

I
sottoscritti.....
genitori dell'alunno/a.....
nato/a a.....il.....
residente a…… in via.....
frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....
sita a..... in via.....
Essendo l'alunno 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 data .....dal 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.

I medesimi acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 101/2018.

Aprilia, _____

Firma dei genitori

o esercenti la responsabilità genitoriale

.....

.....

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO DI VIGILANZA DURANTE L'AUTO ESECUZIONE DI TEST DIAGNOSTICO IN ORARIO SCOLASTICO

I sottoscritti ..... e .....
in qualità di genitori - affidatari - tutori dell'alunno/a
.....frequentante la classe … della scuola
…….. nell'anno scolastico ……..

affetto da ……

CHIEDONO

☐ che il minore si auto-esegua il test diagnostico con la vigilanza del personale scolastico di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che tale vigilanza del personale scolastico non rientra tra le prestazioni previste per detto personale (sorveglianza generica sull'avvenuta auto esecuzione).

In fede,
(Luogo e data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la responsabilità genitoriale

....

Numeri di telefono importanti:

Tel. genitore/esercente la responsabilità genitoriale: …….

Tel. genitore/esercente la responsabilità genitoriale: ……..

Tel. medico curante, Dott . ……

NB: La richiesta/autorizzazione deve essere prodotta al Dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e fasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Matteotti"
Aprilia

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 Servizio Territoriale di Emergenza sanitaria (118/Numero Unico d'emergenza Europeo 112).

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo "Matteotti" 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 Comprensivo "Matteotti" 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 Prof.ssa Antonella De Ienner dell'Istituto Comprensivo "Matteotti".

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).

Aprilia, _____

I Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale

_____

_____

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "Giacomo Matteotti"
Via Ottorino Respighi, n° 6 - 04011 Aprilia (Latina) – Tel. 06/9257905 – 06/92730463
www.icmatteottiaprilia.edu.it - Mail: LTIC824009@istruzione.it - Pec: LTIC824009@pec.istruzione.it
C.M. LTIC824009 – C.F. 80006530598 – C.U.U. UFP896

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 o allo studente, se maggiorenne)

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 _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)
nato a _____, il___/___/_____ e residente a_____,
iscritto alla classe ____, sez. __, dell'Istituto _____,
consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra_____,
individuato/a il/i n°_____di flacone/i nuovo/i ed integro/i del/i farmaco/i:_
1)_____

2)_____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ___/___/_____ dal (barrare la voce corrispondente):

□ Servizio di pediatria della Azienda USL_____

□ medico pediatra di libera scelta dott. _____

□ medico di medicina generale dott. _____

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "Giacomo Matteotti"
Via Ottorino Respighi, n° 6 - 04011 Aprilia (Latina) – Tel. 06/9257905 – 06/92730463
www.icmatteottiaprilia.edu.it - Mail: LTIC824009@istruzione.it - Pec: LTIC824009@pec.istruzione.it
C.M. LTIC824009 – C.F. 80006530598 – C.U.U. UFP896

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

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente 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 dello studente _____

Alla Dirigente Scolastica
Dell' IC MATTEOTTI
Aprilia

DISPONIBILITA' DEL PERSONALE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO

Noi sottoscritti

personale docente ed ATA della Scuola _____ plesso _____ in relazione alla richiesta di somministrazione dei farmaci dei genitori dell'alunno/a _____ della classe _____ pervenuta alla Dirigente Scolastica, nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e, che la somministrazione di tali farmaci è ritenuta indispensabile affinché, l'alunno/a possa frequentare la scuola, sollevandoci da ogni responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica.

COGNOME NOME Stampatello+indicazione C.S./Doc.	ACCONSENTO	NON ACCONSENTO

Luogo e Data, _____