

**ISTITUTO COMPRENSIVO "NAZARIO SAURO"**

DIREZIONE E SEGRETERIA Via Vespri Siciliani, 75 – 20146 Milano

Tel. 02/884.44486 Fax 02/884.44487 – CF: 97667590158 - Distretto Scolastico 090

Scuola dell'Infanzia Via Soderini, 41-20146 – Scuola Primaria "Nazario Sauro" Via Vespri Siciliani, 75-20146

Scuola Sperimentale "Rinascita – A. Livi" – Secondaria I grado ad orientamento musicale - Via Rosalba Carriera, 12/14

miic8fy00n@istruzione.it – miic8fy00n@pec.istruzione.it

www.icnazarisauro.edu.it – www.rinascitalivi.it

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"NAZARIO SAURO"**Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA
A.S. _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe/sezione _____ presso la scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di _____

c h i e d o n o

- la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica a scuola, come da Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico allegati;
- la possibilità che lo/a stesso/a si auto-somministri la terapia farmacologica a scuola, come da Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico allegati.

Nel contempo

- dichiarano di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie né prevedere l'esercizio della discrezionalità tecnica;
- autorizzano inoltre il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- si impegnano a fornire alla scuola il farmaco prescritto nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso,

Recapiti in caso di necessità/consulenza _____

Allegati:

1. Certificazione dello stato di malattia
2. Piano Terapeutico

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente l'autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Firma

**ISTITUTO COMPRENSIVO "NAZARIO SAURO"**

DIREZIONE E SEGRETERIA Via Vespri Siciliani, 75 – 20146 Milano

Tel. 02/884.44486 Fax 02/884.44487 – CF: 97667590158 - Distretto Scolastico 090

Scuola dell'Infanzia Via Soderini, 41-20146 – Scuola Primaria "Nazario Sauro" Via Vespri Siciliani, 75-20146

Scuola Sperimentale "Rinascita – A. Livi" – Secondaria I grado ad orientamento musicale - Via Rosalba Carriera, 12/14

miic8fy00n@istruzione.it – miic8fy00n@pec.istruzione.it

www.icnazarisauro.edu.it – www.rinascitalivi.it

(Da compilare a cura del medico)**PIANO TERAPEUTICO****per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, da adottare:**

- in caso di emergenza
- per continuità terapeutica in caso di patologia cronica

(specificare solo una delle opzioni)

 Studente _____
 (nome e cognome)

Nato a _____ il _____

Farmaco da somministrare

 (nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio)

Principio attivo del farmaco _____

 Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:
 (da compilare per somministrazione in caso di emergenza)

Dose da somministrare

 Modalità di somministrazione _____
 (somministrazione da parte di terzi o auto-somministrazione)

Modalità di conservazione del farmaco _____

Durata e tempistica della terapia - orario e giorni

(da compilare per somministrazione per continuità terapeutica in caso di patologia cronica)

Prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi

si

no

Si dichiara che la somministrazione del farmaco suddetto non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né dell'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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione.

Data _____

Timbro e firma del medico



ISTITUTO COMPRENSIVO "NAZARIO SAURO"

DIREZIONE E SEGRETERIA Via Vespri Siciliani, 75 – 20146 Milano

Tel. 02/884.44486 Fax 02/884.44487 – CF: 97667590158 - Distretto Scolastico 090

Scuola dell'Infanzia Via Soderini, 41-20146 – Scuola Primaria "Nazario Sauro" Via Vespri Siciliani, 75-20146

Scuola Sperimentale "Rinascita – A. Livi" – Secondaria I grado ad orientamento musicale - Via Rosalba Carriera, 12/14

miic8fy00n@istruzione.it – miic8fy00n@pec.istruzione.it

www.icnazarisauro.edu.it – www.rinascitalivi.it

Allegato 4

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs. 196 del 30.6.2003)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.Lgs. 196 del 30.06.2003

Gentilissimi Genitori,

Vi informo che il D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Vi ricordo che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di Medicina Generale, all'Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'art. 7 del D.L.gs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. ssa Carmela Taibi

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente l'autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Firma

**ISTITUTO COMPRENSIVO "NAZARIO SAURO"**

DIREZIONE E SEGRETERIA Via Vespri Siciliani, 75 – 20146 Milano

Tel. 02/884.44486 Fax 02/884.44487 – CF: 97667590158 - Distretto Scolastico 090

Scuola dell'Infanzia Via Soderini, 41-20146 – Scuola Primaria "Nazario Sauro" Via Vespri Siciliani, 75-20146

Scuola Sperimentale" Rinascita – A. Livi" – Secondaria I grado ad orientamento musicale - Via Rosalba Carriera, 12/14

miic8fy00n@istruzione.it – miic8fy00n@pec.istruzione.it

www.icnazarisauro.edu.it – www.rinascitalivi.it

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolasticoAL DIRIGENTE SCOLASTICO
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO
"NAZARIO SAURO"

In data alle ore il/la sig./sig.ra

genitore dell'alunno/a (indicare le iniziali) frequentante la classe

della scuola

consegna nelle mani di

una confezione nuova ed integra del farmaco

da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico
nell'Allegato 1, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Il personale che riceve il farmaco

Il genitore

Data