Allegato A

Richiesta di Somministrazione di Farmaci nei Locali e in Orario Scolastico

Al Dirigente scolastico dell'Istituto "Aldo Moro"

Il/La sottoscritto/a:
(Cognome e Nome) _____
□ Genitore/Esercente la potestà genitoriale dello studente/studentessa
_____

E

Il/La sottoscritto/a:
(Cognome e Nome) _____
□ Genitore/Esercente la potestà genitoriale dello studente/studentessa
_____

Considerato che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, in base alla Certificazione Medica e al Piano Terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL _____ / dal Dott. _____ in data **/**/____;

CHIEDO/CHIEDONO

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, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante la stessa in orario scolastico.
(oppure)
□ Che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco, sia autonomo/a nell'auto-somministrazione in orario scolastico.

Esprimo/Esprimiano il consenso affinché il personale della scuola, individuato dal Dirigente e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa, purché effettuata in ottemperanza alle indicazioni fornite nel Piano Terapeutico.

Mi impegno a:

- Provvedere alla fornitura, al rifornimento e alla sostituzione dei farmaci, tenendo conto della loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
- Rinnovare la documentazione in caso di variazioni nella posologia, in caso di trasferimento o passaggio a un altro ciclo scolastico.
- Comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione del farmaco, così come ogni variazione nelle necessità di somministrazione e/o sospensione del trattamento.

Dati di Contatto:
Genitore/Tutore: _____
Numero di telefono: _____

Dati di Contatto Medico Curante/Pediatra:
Nome e Cognome: _____
Numero di telefono: _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali e Sensibili
Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Il/La sottoscritto/a dichiara 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 **//**_____

Firma del Genitore/Tutore o Studente Maggiorenne: _____

Firma del Genitore/Tutore o Studente Maggiorenne: _____

Nota: Questo modulo deve essere consegnato completo di Certificazione Medica e Piano Terapeutico allegati.

Allegato B

CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

SEZIONE 1: CERTIFICAZIONE MEDICA

SI CERTIFICA

Che l'alunno/a:
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il **/**/____
Residente in _____ Cap _____ Località _____ Provincia _____
Codice Fiscale: _____

È affetto/a da una condizione che richiede la somministrazione del farmaco _____ in orario scolastico, in conformità al seguente Piano Terapeutico.

Considerato che:

- La somministrazione del farmaco è necessaria durante l'orario scolastico perché:
  - ☐ Farmaco salvavita
  - ☐ Farmaco indispensabile
- La somministrazione del farmaco **non richiede il possesso di cognizioni sanitarie specialistiche** né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale somministratore, sia per quanto riguarda l'individuazione degli eventi che richiedono la somministrazione, sia per tempi, posologia e modalità di somministrazione e conservazione del farmaco.

SI ATTESTA

Che il farmaco può essere somministrato in orario scolastico dal personale scolastico resosi disponibile e adeguatamente formato laddove richiesto dal Piano Terapeutico.
La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

Luogo _____ Data **/**/____
Timbro e Firma del Medico:

SEZIONE 2: PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome _____ Nome _____
Nome commerciale del farmaco indispensabile: _____

Necessità di somministrazione quotidiana:

- **Orario di somministrazione: _____**
- **Dose da somministrare: _____**
- **Modalità di somministrazione: _____**
- **Modalità di conservazione del farmaco: _____**
- **Durata della terapia:** Dal **//**____ al **//**____

Necessità di somministrazione "al bisogno":

- **Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:**

- **Dose da somministrare: _____**
- **Modalità di somministrazione: _____**
- **Modalità di conservazione del farmaco: _____**
- **Durata della terapia:** Dal **//**____ al **//**____

Farmaco salvavita (se applicabile):

- **Nome commerciale del farmaco salvavita: _____**
- **Modalità di somministrazione:**

- **Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:**

- **Dose da somministrare: _____**
- **Modalità di conservazione: _____**

Autosomministrazione:
L'alunno/a è in grado di effettuare l'autosomministrazione del farmaco:
□ Sì □ No

Formazione del personale scolastico:
È necessaria una formazione specifica per il personale scolastico individuato per la somministrazione?
□ Sì □ No
Note per la formazione specifica da parte della Azienda USL:

Luogo _____ Data //____

Timbro e Firma del Medico: