

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

[A CURA DEI RESPONSABILI GENITORIALI]

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. RAFFAELLO di Roma

I sottoscritti _____ (madre) e
_____ (padre) in qualità di genitori/ tutori
dell'alunno/a _____ nato/a
a _____ (_____) il _____ e
frequentante la classe _____ sez. _____ della scuola

☐ Infanzia, plesso _____

☐ Primaria, plesso _____

☐ Secondaria di primo grado, plesso _____

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,

_____ coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine, autorizzano:

- ☐ Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- ☐ Il minore stesso alla autosomministrazione del farmaco, sotto la vigilanza del personale della scuola, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato.

2. Si allega:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- Allegato 2 (Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico)

Numeri di telefono utili:

Medico Curante, _____

Genitori, _____

Roma, _____

Firma

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione o autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

[A CURA DEL MEDICO DI LIBERA SCELTA O SPECIALISTA]

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. RAFFAELLO di Roma

Il minore _____ nato/a a _____
(....) il _____ residente a _____ e
frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da

Pertanto, necessita della

- ☐ somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- ☐ definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario.

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

E' prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno:

☐ SI

☐ NO

Recapito in caso di emergenza

Data _____

timbro e firma del Medico

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico

[A CURA DEL PERSONALE DI SEGRETERIA E DEI RESPONSABILI GENITORIALI]

Al Dirigente Scolastico
dell'IC RAFFAELLO, Roma

In data _____ alle ore _____,
i sottoscritti _____ in
qualità di Genitori/ Tutori /Delegati dell'alunno/a (indicare le iniziali) _____ frequentante la
classe _____, sez. _____ della scuola

☐ Infanzia, plesso _____

☐ Primaria, plesso _____

☐ Secondaria, plesso _____

consegnano nelle mani di _____
una confezione nuova ed integra del farmaco _____
con scadenza _____

da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico
nell'Allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

I genitori

- ☐ autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco;
- ☐ sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- ☐ provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato;
- ☐ comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

(genitore/tutore/affidatario)

(genitore/tutore/affidatario)

Il Personale della scuola (qualifica) _____

I genitori _____

Allegato 4

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (Regolamento Europeo 679/2016)

[A CURA DEI RESPONSABILI GENITORIALI]

Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016
--

Ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016, il trattamento dei dati personali e sensibili è svolto 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 riservatezza ed i diritti dell'interessato.

Si ricorda 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 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Elena BIONDI

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale

Si sottoscrive il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili relativi alla somministrazione dei farmaci in orario curricolare:

Roma, _____

I genitori _____