

Allegato 1

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE
di farmaci in orario scolastico**

[COMPILAZIONE 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: *(barrare la voce che interessa)*

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 allegano *(obbligatorio)*:

- **certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria con l'indicazione del farmaco da somministrare in orario scolastico**
- Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico) **con le indicazioni di posologia e modalità di conservazione (allegato 2).**

Roma, _____

Firma madre _____

Firma padre _____

Allegato 2

ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE o altro personale sanitario relativa alla somministrazione o autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

[COMPILAZIONE A CURA DEL MEDICO DI LIBERA SCELTA O SPECIALISTA]

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

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

pertanto, necessita della

somministrazione di farmaci in ambito scolastico

autosomministrazione di farmaci in ambito scolastico

definizione di un **piano di assistenza da parte del Distretto sociosanitario**.

Le **INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE** del farmaco sono le seguenti (*compilare tutte le voci per consentire la puntuale esecuzione da parte dell'Istituto scolastico*):

NOME COMMERCIALE DEL/DEI FARMACO/I E PRINCIPIO ATTIVO:
MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE (orari, dose, via di somministrazione)
MODALITÀ DI CONSERVAZIONE DEL FARMACO (temperatura ambiente, frigorifero)
DURATA DELLA TERAPIA (periodo preciso, fino a diversa comunicazione)

Eventuale 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 INCARICATO 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 seguente farmaco:

NOME FARMACO	SCADENZA DEL FARMACO
MODALITA' DI CONSERVAZIONE	DURATA DEL TRATTAMENTO
	DA.....A.....

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

I sottoscritti genitori (*barrare la voce che interessa*)

autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco;

autorizzano il/la proprio/a figlio/a ad autosomministrarsi il farmaco;

Inoltre, (*barrare tutte le voci per assunzione di responsabilità*)

sollevano il personale scolastico resosi disponibile a somministrare/vigilare sulla
somministrazione 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 o scaduto;

comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

--	--

I genitori _____

Il Personale della scuola incaricato _____

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 Titolare del Trattamento dei Dati
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 _____