

(A cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI E/O SALVAVITA NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Nome e cognome dei sottoscritti

☐ Genitori

☐ Esercenti la potestà genitoriale

Nome e cognome dell'alunno/a

Luogo di nascita

Data di nascita

Comune di residenza

Via

Numero civico

Classe frequentata

Ordine di scuola

☐ Scuola
dell'infanzia

☐ Scuola
Primaria

☐ Scuola
Secondaria
I grado

Scuola sita a

Via della scuola

Numero civico

essendo il minore affetto da

Patologia del minore

e constatata l'assoluta necessità, con la presente

CHIEDONO

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili previsti dal Piano terapeutico allegato

Data del Piano terapeutico

Dott./Dott.ssa che ha redatto il Piano

(oppure)

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci salvavita, in caso di urgenza

Evento di urgenza indicato dal medico

Data del Piano terapeutico

Dott./Dott.ssa che ha redatto il Piano

A tal fine AUTORIZZANO

il personale della scuola, individuato dal Dirigente e resosi disponibile, a somministrare 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.

All. A - continuazione

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 a comunicare tempestivamente e a 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.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria (All. A1).

Luogo

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Firma genitore / esercente potestà 1

Firma genitore / esercente potestà 2

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta / medico curante - telefono

Genitore 1 - telefono

Genitore 2 - telefono

(a cura del Pediatra/medico di libera scelta; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

Cognome del minore

Nome del minore

Data di nascita

Luogo di nascita

Residenza

Via/Piazza

Numero civico

Patologia

Evento in urgenza/emergenza

Farmaco necessario

Fornire qui di seguito le informazioni necessarie alla somministrazione del farmaco

Modalità di somministrazione

Modalità di conservazione

Durata terapia - dal

Durata terapia - al

Dose, prima/dopo i pasti, orario

Eventuali note

Luogo e data

Timbro e firma del Pediatra / MMG

RICHIESTA ACCESSO AI LOCALI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO**Oggetto:** Richiesta autorizzazione accesso ai locali per somministrazione farmaco**1.1 Primo genitore / esercente**

Nome e cognome

Luogo di nascita

Data di nascita

1.2 Secondo genitore / esercente

Nome e cognome

Luogo di nascita

Data di nascita

(inserire i dati di entrambi i genitori o esercenti la potestà genitoriale, nel caso di famiglia monogenitoriale compilare solo 1.1)

☐ Genitore☐ Esercente la potestà genitoriale

Nome e cognome dell'alunno/a

Luogo di nascita

Data di nascita

Classe / sezione

☐ Scuola dell'Infanzia☐ Scuola Primaria☐ Scuola Secondaria I grado**CHIEDONO**☐ di poter accedere ai locali scolastici durante l'orario scolastico☐ di poter far accedere un proprio delegato

Nome e cognome del delegato

Giorni di accesso

Orario di accesso

in occasione di emergenza medica causata dalla patologia riportata nella certificazione medica per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori o esercenti la potestà genitoriale.

Numeri di telefono utili

Medico curante - telefono

Genitore 1 - telefono

Genitore 2 - telefono

In fede

Luogo

Data

Firma dei genitori / esercenti la potestà genitoriale

Firma 1

Firma 2

AUTORIZZAZIONE PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Alunno/a

Classe

Scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal Sig.

Sig./Sig.ra richiedente

Figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nel piano di azione allegato al Regolamento.

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da

Favara, data

Il Dirigente Scolastico

Per presa visione e conferma della disponibilità

Personale Docente	Personale ATA

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC "A. Camilleri"

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(Prima consegna farmaco per nuova terapia)

Genitore

Alunno/a

Classe

Scuola

Farmaco salvavita

Evento / condizione per somministrazione

Dose

Data certificazione medica

Dott./Dott.ssa

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

Telefono 1

Telefono 2

Luogo e data

Firma del genitore

Firma del Dirigente Scolastico

AUTORIZZAZIONE PIANO DI INTERVENTO PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE

Alunno/a	Classe	Scuola

Sig./Sig.ra richiedente	Figlio/a

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

Medicinale	Ora di somministrazione	Dose

a. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.

Luogo sicuro di conservazione del medicinale

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da

Per presa visione e conferma della disponibilità

Personale Docente	Personale ATA

Favara, data	Il Dirigente Scolastico

2 Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto.

3 Indicare il luogo della custodia.

4 Indicare il nominativo dell'insegnante incaricata e le eventuali sostituzioni.

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

Alunno/a	Data	Ora

Genitore	Alunno/a (ripetere)

Classe	Sezione	Scuola

Medicinale	Ora somministrazione	Dose

Data certificazione medica	Dott./Dott.ssa

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.

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

Telefono 1	Telefono 2

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

FAVARA, data	Firma del genitore	Firma degli insegnanti

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

RICHIESTA PER L'AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

☐ Sì

☐ No

Genitori o esercenti la potestà genitoriale

Alunno/a

Luogo di nascita

Data di nascita

Residenza

Via

Classe

Scuola

Patologia

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica prevista da piano terapeutico con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica.

Data autorizzazione medica

Dott./Dott.ssa

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta / medico curante - telefono

Genitori - telefoni

(a cura degli operatori scolastici)

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI**(Relativa alla somministrazione dei "farmaci salvavita") VERIFICATESEI**

Anno scolastico

Istituto scolastico

Data e ora	Alunno	Situazione verificatasi	Personale intervenuto e firma operatore

*(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)***VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA****(DAL SECONDO ANNO DI CONSEGNA)**

(dal secondo anno di consegna del farmaco, senza variazione della terapia rispetto al precedente anno scolastico)

Genitore**Alunno/a****Classe****Scuola****Farmaco salvavita****Evento / condizione per somministrazione****Dose****Anno scolastico del piano di azione già inviato****Protocollo****Data certificazione medica****Dott./Dott.ssa**

Si allega alla presente certificazione medica attestante che nessuna variazione è stata effettuata in merito alla somministrazione del farmaco salvavita rispetto all'a.s. precedente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

Telefono 1**Telefono 2****Luogo e data****Firma dei genitori**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA E/O INDISPENSABILE DURANTE UNA VISITA GUIDATA/GITA SCOLASTICA

Nomi e cognomi dei genitori

Alunno/a

Luogo di nascita

Data di nascita

Residenza

Via

Numero civico

Classe

Scuola dell'Infanzia/Primaria/S.S.I.G.

Plesso scolastico

Patologia

constatata l'assoluta necessità e consapevoli del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie con la presente chiedono che

☐ al/la proprio/a figlio/a sia/siano somministrato/i durante la visita guidata/gita scolastica, da parte del personale non sanitario, il/i farmaco/i indispensabile/i o salvavita

Data visita guidata/gita

Data Piano terapeutico

Dott./Dott.ssa

Nome del/dei farmaci

Momento del bisogno

Modalità di somministrazione

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri il/i farmaco/i previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del/i farmaco/i, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico. Sarà nostra cura consegnare al/le docente/i la mattina stessa della visita guidata/gita scolastica il/i farmaco/i integro/i, che verrà/verranno riconsegnato/i ai sottoscritti al termine della visita/gita stessa.

☐ il/la proprio/a figlio/a si autosomministri durante la visita guidata/gita scolastica, con la vigilanza del personale scolastico

Data visita guidata/gita

Data Piano terapeutico

Dott./Dott.ssa

Nome del/dei farmaci

Momento del bisogno

Modalità di autosomministrazione

I sottoscritti, inoltre, sono 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.

Sarà nostra cura consegnare al/le docente/i la mattina stessa della visita guidata/gita scolastica il/i farmaco/i integro/i, che verrà/verranno riconsegnato/i ai sottoscritti al termine della visita/gita stessa.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo Statale "Rosario Livatino" di Ficarazzi 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 di Ficarazzi 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 pro-tempore, dott. Mario Veca dell'Istituto Comprensivo "Rosario Livatino" di Ficarazzi (PA).

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).

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Firma 1

Firma 2