

## RICIDESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I Allegato 2 NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

(art. I della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....,  
O Genitore dello studente/essa ....., (oppure) O Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure) O Studente/essa maggiorenne nato/a a..... il .../.../..... e residente a ..... in Via ..... , che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto ..... sito in Via ..... Cap ..... Località ..... Provincia .....

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... /dal Dott. ...., in data .../.../.....;

### CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

**D** che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

**D** che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e 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.

Numeri di telefono:	famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale
---------------------	----------	---

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

In fede,

Luogo

Data

(1) Firma

/ /

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

Il Titolare del Trattamento dei dati

Istituto Scolastico SCUOLA PARITARIA SANTA TERESA –CASCINA -

Consenso al trattamento dei dati.

Preso atto dell'informativa sopra riportata

Il/La

sottoscritto/a..... nato/a.....

il ..... e residente in ..... via .....

città..... prov . .....

in qualità di :

o diretto Interessato o esercente la Tutela, Curatela o Amministrazione di Sostegno,

dello studente ..... nato a .....

.....il.....

con la presente o AUTORIZZA o NON AUTORIZZA

all'utilizzo dei dati personali oggetto di comunicazione per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa.

Data ..... Firma dell'interessato, o di chi esercita la Tutela.....

## VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare a/l'alunno/a* \_\_\_\_\_

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_

\_\_\_ (barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

(oppure)  esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

\_\_\_ (oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_, dell'Istituto \_\_\_\_\_

consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda **USL** \_\_\_\_\_

medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

);> nel seguente luogo: \_\_\_\_\_

);> con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/dello studente \_\_\_\_\_



**PIANO TERAPEUTICO**

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Comome ..... Nome .....

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile** .....**A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:**

- Orario e dose da somministrare
  - o Mattina (h. ....) dose da somministrare .....
  - o Pasto (prima, dopo) ..... dose .....
  - o Pomeriggio (h.....) dose .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:**

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
- Dose da somministrare .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**(Oppure)****B) Nome commerciale del farmaco salvavita** .....

Modalità di somministrazione del farmaco .....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
- Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti *del* personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

.....

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....