

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
l' frequentante la classe..... della scuola.....
nell'anno scolastico....., affetto da.....
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra.....
☐ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
☐ che l'alunna/o si auto-somministri la terapia farmacologica con
☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 101/2018.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data,.....

Numeri utili		
Telefono fisso.....		
Telefono cellulare.....		
Telefono Medico curante (Dott.)		

N.B. I moduli debitamente compilati e sottoscritti devono essere inviati al protocollo rmis11600e@istruzione.it e in copia all'indirizzo vicepresidenza@iiselianoluzzatti.eu.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNA/O

Cognome.....Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....dell'I.I.S. Eliano - Luzzatti

sito a PALESTRINA in Via Pdemontana snc

Dirigente scolastico Prof.ssa Ester Corsi

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^ dose; 2^ dose; 3^ dose; 4^ dose

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita**(barrare la scelta):

☐ Parziale autonomia ☐ Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

Data, ...

Timbro e Firma del Medico curante

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....istituzione scolastica I.I.S. Eliano - Luzzatti

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e profilo professionale

.....

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO

.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

4. DELEGA DEI GENITORI/RESPONSABILI/DELL'ALUNNO MAGGIORENNE

(barrare i campi non di interesse) I sottoscritti, genitori dell'alunno..... *oppure* io sottoscritta/o, ... con la presente **delegano/delego formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a/a *oppure* a me medesima/o in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma dei Responsabili.....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S. Eliano - Luzzatti

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....
nato a il.....
residente a in Via.....
tel.....
studente/studentessa che frequenta la classe sez
dell'I.I.S. Eliano Luzzatti sito in Via Pedemontana snc, Palestrina (RM) Cap 00036

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....
come da certificazione medica allegata (Allegato 2).

In caso di terapia salvavita

- ☐ In caso di emergenza, CHIEDO di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la somministrazione, di cui autorizzo formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevole che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

Sono consapevole che il trattamento dei dati personali e sensibili avverrà ai sensi del D. Lgs n. 101/2018.

In fede,

Data, ...

Firma dell'interessato/a

.....

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO
SALVAVITA/INDISPENSABILE**

Al Personale Docente
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita/indispensabile**

all'alunno/a frequentante la classe indirizzo
.....

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

dai Genitori: Sig.

Sig.

per il/la figlio/a, ovvero dall'alunna/o, se maggiorenne.....

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita/indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure secondo il seguente piano di intervento:

- I genitori/l'alunno maggiorenne consegneranno/à al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare in caso di emergenza nella dose di..... *oppure* da somministrare come da piano terapeutico nella dose di..... alle ore.....come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente (Allegato 2).
- I genitori/l'alunno maggiorenne provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato¹.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione²:.....
- Il medicinale sarà somministrato da³:

.....
.....

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

¹. Al momento della consegna sarà stilato il verbale (allegato 6)

². Indicare il luogo della custodia

³. Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

VERBALE DI CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE/SALVAVITA

In data alle ore i Genitori: Sig.

Sig.

dell'alunno/a (o l'alunno, se

maggiorenne) frequentante la classe indirizzo..... dell'I.I.S. Eliano – Luzzatti consegnano

alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....

da somministrare in caso di¹..... nella dose

..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla

presente, rilasciata in data dal dott.

I Genitori/L'alunno maggiorenne:

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

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

.....

Luogo e Data il

Firma dei genitori (o dell'alunno maggiorenne)

.....

nel caso di alunno minore in cui firmi un solo genitore/responsabile

***Il/La sottoscritta/o, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.**

Firma del responsabile