

MODULO 01

CERTIFICATO MEDICO per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.

Il minore
(Cognome).....(Nome).....

nato il.....a.

residente.....frequentante la classe.

Necessita di:

D somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti: Nome commerciale del/i farmaco/i

.....

.....

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

.....

.....

durata della terapia.....

modalità di conservazione del farmaco.....

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, Indicare i sintomi).

.....

.....

.....

.....

.....

E' prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

Non è prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

.

.

.

.

Data,..... timbro e firma del medico.

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
dell'IC "Giovanni XXIII di Recale

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale.

Il/La sottoscritto/a.....in qualità di.

Genitore/Soggetto che esercita la potestà genitoriale

e Il/La sottoscritto/a..... in qualità di

Genitore/Soggetto che esercita la potestà genitoriale.

di.

(Cognome).....(Nome).....

nato.il.....a.....e frequentante nell'anno scolastico... / ..

la classe.....sez..... scuola (infanzia/ primaria/ secondaria I°)

CHIEDONO

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione. Medica allegata..

A tal fineAUTORIZZANO

La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato sollevando il personale della scuola da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato..

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili: Medico Curante.....

Numeri di telefono utili dei genitori:

Note La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata o richiesta la prosecuzione (Mod 06) all'inizio del nuovo anno scolastico.

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

DATA.....

IN FEDE (firma genitori/tutori)

.....

.....

Modulo 03

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)
INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 **Il Codice in materia di protezione dei dati personali** garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga 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 Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione dei 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 così come previsti dall'art.7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Matrona De Matteis

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005

Modulo 04

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente

presso la scuola

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso..... SI NO

amministrativo formato primo soccorso SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziali per privacy o numero identificativo)

.....della classe Scuola _____ Plesso di _____

Dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

FIRMA

Modulo 05
(personale scolastico)
Al Dirigente Scolastico
dell'IC Giovanni XXIII di Recale

Oggetto: Comunicazione di presenza e somministrazione farmaci in ambito scolastico.

Il/La sottoscritto/a in qualità di lavoratore della
scuola in servizio nel plesso.....

COMUNICA

- Che, come da prescrizione medica allegata, all' occorrenza deve auto somministrarsi il medicinale citato nella prescrizione.
- Che avrà cura nel non lasciare residui di medicinale, siringhe o altro mezzo per la somministrazione in area scolastica.
- I farmaci restano in custodia del sottoscritto per tutta la durata della terapia.

In fede

Data, - - - - -

Firma.....

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti _____ Genitori

dell'alunno/a _____ nato/a _____

iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso _____;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della

somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri 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.

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 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.

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.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto _____ 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 _____ 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. _____ dell'Istituto _____.

I sottoscritti, 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).

Recale, _____

I Genitori /tutori

.....
.....