

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

(la richiesta ha validità per l'anno scolastico in cui viene presentata e si deve rinnovare in ogni caso di trasferimento/passaggio ad altro Istituto in corso d'anno)

**Al Dirigente Scolastico
del 1° Circolo "G. Pascoli" di Erice**

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____
frequentante la classe _____ Scuola Infanzia Scuola Primaria
del plesso _____ di questo Istituto, essendo il minore affetto da _____
_____ e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

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

DICHIARANO DI:

- essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie;
- autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- impegnarsi a fornire alla scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.) necessario per la somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso;
- autorizzano il minore stesso all'auto-somministrazione del farmaco, sotto la vigilanza del personale della scuola, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico (*nell'allegato n. 2*);
- acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si allega:

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

(luogo e data) _____, _____

Firma di entrambi i genitori: _____

Numeri di telefono utili:

Medico Curante: _____

Padre: _____ Madre: _____

PRESCRIZIONE MEDICA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
--

Il sottoscritto _____ medico curante/pediatra
 dell'allievo _____ nato/a a _____ il _____
 residente a _____ in via _____
 frequentante la classe _____ della scuola _____
 sita a _____ in via _____

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico,

PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
 DEI FARMACI SOTTOINDICATI AL SUDETTO/A ALUNNO/A

PIANO TERAPEUTICO DEL FARMACO DA SOMMINISTRARE

Stato di malattia certificato: _____

Nome commerciale del farmaco e principio attivo: _____

Forma farmaceutica: _____

Modalità di somministrazione: _____ Dosaggio: _____

Orario di somministrazione: _____

Durata terapia (*entro i limiti del singolo anno scolastico*): dal _____ al _____

Capacità di auto-somministrazione perché paziente istruito: SI NO

Terapia di mantenimento: _____

Terapia in caso di manifestazioni acute (*eventuale scheda per patologia allegata*):

Modalità di conservazione del farmaco:

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Si esclude la discrezionalità, da parte di chi somministra il farmaco, in relazione a tempi, posologia, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

_____, _____
 (*luogo e data*)

 (*timbro e firma del medico*)

**DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE DOCENTE/ATA
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AD ALUNNI IN ORARIO SCOLASTICO**

**Al Dirigente Scolastico
del 1° Circolo “G. Pascoli” di Erice**

Il/La sottoscritto/a _____,
insegnante/ addetto personale ATA, in servizio nell’a.s. _____ presso Codesto Istituto,
nel plesso _____, classe _____ (solo per il personale docente)

DICHIARA

di essere/non essere disponibile (cancellare la voce che non interessa) a somministrare in orario scolastico il farmaco indispensabile/salvavita all’alunno/a _____, della classe _____ Scuola Infanzia Scuola Primaria, secondo il piano di intervento depositato agli atti della Scuola.

di essere/non essere in possesso di formazione per “Primo soccorso” (cancellare la voce che non interessa)

Erice, ,.....

Firma _____

**DESIGNAZIONE DEL PERSONALE AUTORIZZATO
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

**Al Personale Docente e ATA
del 1° Circolo "G. Pascoli" di Erice**

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'Istituto 1° Circolo "G. Pascoli" di Erice, relativa alla somministrazione di farmaci in orario scolastico, dai Genitori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

frequentante la classe _____ Scuola Infanzia Scuola Primaria

del plesso _____ di questo Istituto, il Dirigente Scolastico designa il Personale di seguito indicato:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Firma per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

Erice, _____

Il Dirigente Scolastico

VERBALE DI CONSEGNA FARMACI DA SOMMINISTRARE IN ORARIO SCOLASTICO

In data _____ alle ore _____ il/la Sig. _____
e la Sig.ra _____ genitori dell'alunno/a _____
frequentante la classe _____ Scuola Infanzia Scuola Primaria del Plesso _____
consegna a _____
una confezione nuova ed integra del farmaco _____
da somministrare all'alunno/a in caso di _____
(*indicare l'evento*) come da certificazione medica agli atti della scuola e in copia allegata alla presente.

I Genitori:

- autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale 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/scaduto.
- comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Il Dirigente Scolastico _____

Il Personale della scuola (*qualifica*) _____

I Genitori _____