ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE

Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000

Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11

email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it

Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto Comprensivo Udine IV

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti ....
genitori di .....nato/a a ..... il .....
residente a ..... in via.....
n. ….....frequentante la classe ..... della Scuola …….....essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare orario scolastico

chiedono che

□ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

(oppure)

□ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa_____ ed allegato alla presente;

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da

ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE
Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000
Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11
email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it
Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

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.
I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega:
- Apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario
- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data_____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Luogo e data_____

Firma del genitore _____

ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE

Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000

Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11

email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it

Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

Numeri di telefono utili:

Genitori .....cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) .....

cell/studio…….....

Modulo2

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott._____ medico curante dell'alunno/a _____

Data e luogo di nascita _____ classe_____ sez _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco_____

Modalità di conservazione_____

Effetti collaterali_____

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):

- SI
- NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di seguito indicate:

_____

_____

_____

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti sintomi:

1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco
   _____
   _____
   _____
   _____
2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:
   _____
   _____
   _____
   _____

DICHIARA INOLTRE

Che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data, luogo_____

Firma

_____

ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE

Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000

Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11

email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it

Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

INFORMATIVA PRIVACY

relativa alla somministrazione di farmaci a scuola

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative.

A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:

- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
- nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica

Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta;
- Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti
- Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo
- Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto)
- Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento)

I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori.

Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, quali i diritti dell'interessato, sono a disposizione nell'informativa generale già fornita in occasione dell'iscrizione e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale della scuola, cui rimandiamo. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al titolare del trattamento all'indirizzo email: _____ o al Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO) all'indirizzo email _____ (mettere dpo@vargiuscuola.it se è il caso).

ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE
Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000
Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11
email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it
Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI

I sottoscritti _____ e _____
genitori dell'alunno _____
frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola _____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa privacy e

PRESTANO IL CONSENSO

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data _____, _____

Firme _____

_____

Eventuale:
Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta 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.

Luogo e data_____

Firma del genitore _____

ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE

Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000

Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11

email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it

Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

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 all'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

(oppure)

☐ esercente la potestà genitoriale

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

Dell/sull'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 (Allegato B) consegnata in segreteria, rilasciata in data ___/___/_____ dal (barrare la voce corrispondente):

ISTITUTO COMPRENSIVO IV - UDINE
Istituzione Scolastica dotata di personalità giuridica Decreto del Provveditore agli Studi di Udine prot. n. 347/A23b del 21.06.2000
Via Pradamano, 21 - 33100 UDINE Tel. 0432 127 64 11
email:UDIC843002@istruzione.it ***Pec***:udic843002@pec.istruzione.it***sito:***http://4icudine.edu.it
Codice MPI UDIC843002 – CF 94127310301

☐ 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 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/tutore_____