## RICHIESTA

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti .......................................................................... e …………………………………………………..…………..

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ........................................................................…………….………..

* frequentante la classe.............................. della scuola................................................................................................
* frequentante il corso................................. dell’Agenzia formativa................................................................................

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 il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
  +  La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)
  +  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 196/2003.

## 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.**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

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 per i minorenni 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’ALUNNO

Cognome………………………………………. …………………….Nome ............................................................................................ Nato il....................................................................... a........................................................................................................................

Residente a ........................................................................................................................................................................................

In via............................................................………………………………………………………………………………………………...... Frequentante la classe……………………………….della scuola………………………………………………………………………….... sita a ………………………………in Via……………………………………………………………………………………………………….. Dirigente scolastico……………………………………………………………………………………………………………………………… 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 o formativa…………………………………….… 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)

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….………

## SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL’OPERATORE SANITARIO

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico/Formativo

.............................................. .......................................................

## ESECUZIONE TECNICA DELL’OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL’ OPERATORE SANITARIO

………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico/Formativo

.............................................. ...........................................................

## 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

.............................................................

## DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell’alunno……………………………………….., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)………………………………………………... Firma (madre)…………………...........................................

## VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

….……………………………………………

Allegato 4

# COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO

**(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)………………………………………………………………………………………. nato a …………………………………………….……il……………………………………………………………………. residente a ………………………..in Via…………………………………………………………………………………... tel……………………………………………………………………………………………………………………………… studente/studentessa che frequenta la classe ……………………………… sez ..………………………..….………. scuola …………………………………………………………………...........................................................................

sita in Via ………………………………………………..……………………………………………….Cap ……..……… Località …………………………………………………………………………………………………. Prov….……..……

COMUNICO

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

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI □ NO □

In fede

Firma dell’interessato/a

………………………………………………

Data, ……………………………

*Allegato 5*

# 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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1

*Allegato 6*

**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)**

Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Alla Famiglia dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (oppure)

All’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_ sezione\_\_\_

Al Fascicolo personale dell’alunno/a suddetto

Alla Azienda USL \_\_\_\_

**Oggetto:** *Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all’alunno/a…………………………………………………..*

I sottoscritti Dirigente scolastico …………………………. e il Referente per l’Azienda USL….

……... dott. ……………………………….,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell’alunno/a (oppure: dall’alunno/a, in caso di studente maggiorenne) ……………………………………, iscritto/a alla classe …… sez… …… dell’Istituto ……………………….., plesso ……………………………………….., sito in via ….. …………………………………….., località ……………………………………………..;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. …. / dal Dott. ………………………… in data …/…/..…, nella quale per l’assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) ……………………………… da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa 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;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde) □ salvavita

(Oppure)

□ indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l’alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall’Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

**DISPONGONO**

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell’esercente la potestà genitoriale (oppure dall’alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell’esercente la potestà genitoriale (oppure: dell’alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell’alunno/a (specificare ad esempio l’informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale

dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l’alunno nell’autosomministrazione, ecc.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

**Tipo di**

**COGNOME e NOME**

**personale**

**FIRMA (leggibile) del**

**personale scolastico**

**Data dell’Attestato di**

**formazione rilasciato**

**dalla Azienda USL**

/

/

/

/

/

/

/

/

Il Dirigente Scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L’ Azienda USL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof. ………………..…….………….

Dott. ………………..…….………….

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL \_\_\_\_\_ con la presente:

□ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

□ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all’incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Firma del genitore

o dell’esercente la potestà genitoriale o dello studente (se maggiorenne)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_