Allegato 1 Al Dirigente scolastico

 dell’Istituto Comprensivo “V. Messina”

Palazzolo Acreide

## OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO AI LOCALI SCOLASTICI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

I sottoscritti genitori / esercitanti la potestà genitoriale dell’alunno/a Frequentante la scuola nella classe sez. Residenti a in via n.°

CHIEDONO

di poter accedere/far accedere il loro delegato Sig./Sig.ra

ai locali scolastici frequentati del proprio figlio/a, durante l’orario scolastico nei giorni

e nei seguenti orari

al fine di somministrare la terapia alla quale il proprio figlio/a è sottoposto.

Inoltre, si impegnano a fornire i farmaci e la prescrizione medica recante la necessità di somministrazione a scuola con posologia e modalità.

In attesa di un riscontro, si inviano distinti saluti

Firme dei genitori o esercitanti potestà genitoriale

 Palazzolo, lì

 Autorizzazione

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

Allegato 2

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI O DI AUTOSOMMINISTRAZIONE

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL’ALUNNO/A E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti

genitori /esercitanti la potestà genitoriale dell’alunno/a nato/a a il residente a in via n° frequentante la classe sez. della Scuola sita a in via \_ n° , Essendo il minore affetto da e constatata l’assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione indispensabile ed indifferibile in ambito scolastico ed orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello/a studente/paziente dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal Dott.

* Si autorizza fin d’ora la somministrazione del farmaco salvavita previsto dal Piano terapeutico ***a sostegno delle funzioni vitali, in attesa dell'intervento degli operatori del 118,*** anche da parte di personale adulto non sanitario ed al quale non sono richiesti il possesso di cognizioni/competenze specifiche né l’esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all’orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco) e **sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.**
* Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)\*

□ SI □ NO

* Si autorizza il proprio figlio/a all’autosomministrazione della terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ............................dal dott. ….........................................................Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Si allega la prescrizione del □ Medico di Medicina Generale □ Pediatra di libera scelta

Numeri di telefono utili:

* + Pediatra di libera scelta/ Medico curante
	+ Genitori/esercitanti la potestà genitoriale

**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, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori**.

Inoltre, consapevoli delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiarano di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

# \*Privacy policy

Con la presente clausola l’Istituto "A. Volta" di Floridia 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 Comprensivo “A. Volta” di Floridia 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. Ssa Clorinda Coppa.

Palazzolo, lì

Firma dei genitori o esercitanti la patria potestà

 Allegato 3

## PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

* + Vista la richiesta dei genitori;
	+ Constatata l’assoluta necessità;
	+ Accertato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni medico-sanitarie specialistiche né l’esercizio di discrezionalità tecnica né in relazione all’orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione (e conservazione del farmaco)

## SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL’ALUNNO/A**

Cognome Nome

data di nascita Residente a

in via n° Telefono

classe sez. della Scuola sita a in via Dirigente scolastico Dott.ssa

## del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco Modalità di somministrazione Dose Orario: 1° dose 2° dose 3° dose 4° dose Durata della terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco

Note:

Comparsa di episodi acuti di cui devono essere descritti i sintomi:

Comportamenti da assumere nel caso il farmaco non risultasse efficace:

Formazione e informazione “in situazione” effettuata da: Il

Palazzolo, lì

Timbro e firma del medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta

Allegato 4







**1° ISTITUTO COMPRENSIVO “V. MESSINA”**

*P.zza G. Nigro già Umberto I, 11 – Palazzolo Acreide (SR)*

*Tel.: 0931881166 Fax: 0931876064 - CF: 80002050898*

*E-mail: sric85400t@istruzione.it PEC: sric85400t@pec.istruzione.it*

[www.icmessinapalazzolo.edu.it](http://www.icmessinapalazzolo.edu.it)

# 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 provvederà 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.

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

Firma dell’incaricato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore/dello studente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato 5







**1° ISTITUTO COMPRENSIVO “V. MESSINA”**

*P.zza G. Nigro già Umberto I, 11 – Palazzolo Acreide (SR)*

*Tel.: 0931881166 Fax: 0931876064 - CF: 80002050898*

*E-mail: sric85400t@istruzione.it PEC: sric85400t@pec.istruzione.it*

[www.icmessinapalazzolo.edu.it](http://www.icmessinapalazzolo.edu.it)

Al personale Docente della classe/sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al Personale ATA

del Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## OGGETTO: ACQUISIZIONE DISPONIBILITA’ SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al personale docente e ATA, preferibilmente individuato tra il personale che abbia seguito i corsi di Primo Soccorso e già nominato come Addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D.Lgs. n.° 81/2008 e D.M.388/03) e al quale è stata comunque garantita prioritariamente l’informazione e formazione specifica “in situazione” da parte del Medico curante,

SI CHIEDE

la disponibilità a somministrare, secondo le prescrizioni, modalità, orari e dosi definiti dal Medico curante

il farmaco

all’alunno/a della classe sez.

I sottoscritti, consapevoli della legittimità del rifiuto a somministrare il farmaco suddetto, ma altresì consapevoli dell’ obbligo di assistenza per tutte le situazioni che implicano un rischio di vita e che tale obbligo prescinde dalle competenze professionali o dal ruolo istituzionale svolto, dichiarano qui di seguito la loro disponibilità o non disponibilità alla prestazione in oggetto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMINATIVO DOCENTE** | **SONO DISPONIBILE** | **NON SONO DISPONIBILE** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMINATIVO PERS. ATA** | **SONO DISPONIBILE** | **NON SONO DISPONIBILE** | **FIRMA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

La presente disponibilità deve essere restituita entro 3 gg. dalla consegna. Cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Clorinda Coppa

***(Firma autografa omessa***

***ai sensi dell’art. 3 del D.lgs. n. 39/1993)***

Allegato 6







**1° ISTITUTO COMPRENSIVO “V. MESSINA”**

*P.zza G. Nigro già Umberto I, 11 – Palazzolo Acreide (SR)*

*Tel.: 0931881166 Fax: 0931876064 - CF: 80002050898*

*E-mail: sric85400t@istruzione.it PEC: sric85400t@pec.istruzione.it*

[www.icmessinapalazzolo.edu.it](http://www.icmessinapalazzolo.edu.it)

Palazzolo Acredie, lì

All’ Ins. \_ Alla Collaboratrice scolastica

della Scuola

E p.c. Ai genitori/esercitanti la potestà genitoriale

di

### OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA IN ORARIO SCOLASTICO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la nota del MIUR prot.n.2312/Dip/Segr. Del 25 novembre 2005, concernente le “Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico”;

VISTA la richiesta presentata il dai genitori/esercitanti potestà genitoriale dell’alunn\_

frequentante la cl. sez. della Scuola relativa alla somministrazione di farmaci a scuola; VISTA la certificazione medica allegata;

CONSTATATA l’assoluta necessità;

CONSTATATA la somministrazione indispensabile e indifferibile in orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello studente/paziente;

ACCERTATA la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all’orario, né alla posologia, né alla modalità di somministrazione e la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;

ACCERTATA la possibilità di custodire in ambiente idoneo i farmaci stessi;

VISTA la disponibilità del personale scolastico, preferibilmente individuato tra il personale che abbia seguito i corsi di Primo Soccorso e già nominato come Addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D.Lgs. n.° 81/2008 e D.M.388/03) e al quale è stata comunque garantita prioritariamente l’informazione e formazione specifica “in situazione” da parte del Medico curante, a farsi carico della somministrazione dei farmaci indicati;

INCARICA

Il/la docente o il/la Coll. Scol.

della scuola frequentata dall’alunn\_ a provvedere alla somministrazione dei farmaci indicati nella certificazione medica allegata alla richiesta dei genitori/esercitanti potestà genitoriale nel rispetto delle modalità specificate dal medico curante o dal pediatra di libera scelta.

La S.V. segnalerà eventuali problematiche che dovessero insorgere nello svolgimento dell’incarico suindicato.

Il presente incarico è revocabile in qualsiasi momento si dovessero accertare o segnalare condizioni particolari che potrebbero modificare le modalità già definite della conservazione, della somministrazione, dell’individuazione di eventuali rischi, allo stato dell’oggi non prevedibili, della disponibilità degli incaricati stessi.

Sarà cura della scuola segnalare tempestivamente ai genitori/esercitanti potestà genitoriale dell’alunno l’impossibilità, anche temporanea, di svolgere tale incarico.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Clorinda Coppa

***(Firma autografa omessa***

***ai sensi dell’art. 3 del D.lgs. n. 39/1993)***

**Allegato 7**







**1° ISTITUTO COMPRENSIVO “V. MESSINA”**

*P.zza G. Nigro già Umberto I, 11 – Palazzolo Acreide (SR)*

*Tel.: 0931881166 Fax: 0931876064 - CF: 80002050898*

*E-mail: sric85400t@istruzione.it PEC: sric85400t@pec.istruzione.it*

[www.icmessinapalazzolo.edu.it](http://www.icmessinapalazzolo.edu.it)

Spett.le Azienda Sanitaria Provinciale
di Siracusa
Al Responsabile U.O. di medicina scolastica

Dott. ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

semp@asp.sr.it

medicina.scolastica@asp.sr.it

# Oggetto: Formazione in situazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell’alunno della classe /sezione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

 si chiede

alla S.V., nell’ambito delle attività in oggetto, l’attivazione della “Formazione in Situazione” per il personale scolastico individuato.

Si dichiara inoltre di essere in possesso di:

* Richiesta dei genitori degli alunni intressati
* Documentazione medica riguardante l’ alunno
* Disponibilità del personale scolastico alla formazione
* Dichiarazione sull’individuazione del locale per la conservazione dei farmaci e dei materiali occorrenti.

In attesa di comunicazione delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato,

si porgono cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Clorinda Coppa

***(Firma autografa omessa ai sensi
dell’art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993)***