



eTwinning



Erasmus+



Co-funded by
the European Union



COD. FISCALE: 93169630758
TEL/FAX: 0832399113

C.M.: LEIC8AS00R
CODICE IPA: LO2GXCSL
CODICE UNIVOCO: 66ENPU

PEO: leic8as00r@istruzione.it
PEC: leic8as00r@pec.istruzione.it

Di seguito tutta la modulistica necessaria per la somministrazione di farmaci a minori durante l'orario scolastico:

Allegato 1: Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e piano terapeutico – Da far compilare e firmare dal Medico curante.

Allegato 2: Richiesta di somministrazione farmaco/i nei Locali ed in orario scolastico

Allegato 3: Verbale di consegna alla scuola del farmaco

Allegato 4: Disponibilità per la somministrazione dei farmaci ad alunni – Rilasciata e firmata dal/dai docenti previo colloquio con i genitori.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Francisca CAMERO)
Documento firmato digitalmente
Ai sensi del CAD

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 e considerata l'assoluta necessità per
il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco
....., con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la
somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

☐ salvavita oppure ☐ indispensabile;
- Considerato 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;

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

Si rilascia ☐ al genitore dell'alunno/a

In fede
Timbro e Firma del Medico

.....

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome

Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

Modalità di somministrazione del farmaco

Mattina (h.) dose da somministrare

Pasto (prima, dopo) dose

Pomeriggio (h.) dose

- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... **(Oppure)**

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

- Dose da somministrare

.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì

☐ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

☐ Sì

☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASL

.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico dell'Istituto

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome),

☐ Genitore dello studente/essa, (oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa,

nato/a a..... il / / e residente a
in

Via, che frequenta la classe sez

Della Scuola

- dell'Infanzia
- Primaria
- Secondaria di primo grado

di

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio
- di Pediatria dell'Azienda SL ... /dal Dott., in data ... / ... /

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

☐ che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

☐ che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro 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.

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

___/___/___

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

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)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore dell'alunno/a _____

(oppure) ☐ esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno _____

nato a _____, il ____/____/____ e

residente a _____, iscritto alla la classe sez

Della Scuola
dell'Infanzia _____

Primaria _____

Secondaria di primo grado _____

di _____, consegna
all'incaricato,

Sig./Sig.ra _____, un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico,
nel seguente luogo: _____ con le seguenti
modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la responsabilità 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 _____

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente

dell'I.C "Tempesta Galateo" presso la sede di.....,

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....

della classe..... dichiara la propria disponibilità/ indisponibilità alla
somministrazione dei farmaci

secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Firma docente/OS	disponibilità	indisponibilità

Data_____

Per l'OS sarà acquisita la presa visione dell'amministrazione di pertinenza.