**Modulo 1**

**Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci**

**ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.**

II minore (Cognome)...............................................(Nome).................................................

nato il.....................................residente...................................................................................

Necessita di

□ somministrazione di farmaci in ambito scolastico

□ definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

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

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

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

durata della terapia

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

modalità di conservazione del farmaco

…………………………………………………………………………………………

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

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

□ È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

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

Data, ................. timbro e firma del medico

**Modulo 2**

**Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico**

**da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………….. in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………… in qualità di

□ Genitore

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

di (Cognome) ………………………………………… ( Nome ) ..………………………………….. nato il ……………………… a ………………………………... e frequentante nell’anno scolastico 201 201 l’Istituto Comprensivo di

Plesso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe ………………………

CHIEDONO

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

A tal fine AUTORIZZANO

* La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
* Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante …………………………………………….

Genitori …………………………………………………………………………………………………………

In fede

Data, …………….. Firma

 …………………………………………………

**Note**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata 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 tutta la durata della terapia.

**Modulo 03**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di tarmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

* II trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di tarmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
* La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
* I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
* Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'ari. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Cordialmente

 Il Dirigente Scolastico

 Dott.ssa Rosanna Rizzo

Modulo 04

**Al Dirigente Scolastico**

**Dell’IC DI ……………………..**

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a docente……………………………………………………………………………

presso l’Istituto Comprensivo di

 – Plesso ………………………………………………

docente formato primo soccorso............................................................................... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso…………………………………......SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell’alunno(iniziale)………………………..della classe……………….

Dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

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

Firma per presa visione

**Il Dirigente Scolastico**

Dott.ssa Rosanna RIZZO