

**OGGETTO: RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO - FARMACO
SALVAVITA (contiene dati sensibili)**

I sottoscritti
genitori dinato a il
residente a in via.....

n.frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/IC MONS
VASSALLUZZO DI ROCCAPIEMONTE plesso scolastico.essendo
il minore affetto dalla seguente
patologiae constatata
l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data___/___/___ dal dott./dott.ssa_____;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento_____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data___/___/___ dal dott./dott.ssa_____;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da 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, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno 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.

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.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto " _____ " di _____ 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 di _____ 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. _____.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

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

cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Allegato B

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC MONS VASSALLUZZO ROCCAPIEMONTE**

OGGETTO: ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE - INDICAZIONI PER LA
SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del
Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)*

Il minore

Cognome Nome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N. Città.....

affetto dalla seguente patologia:.....

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG

Allegato C

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC MONS VASSALLUZZO ROCCAPIEMONTE**

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal 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. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data,

Firma dei genitori

.....

.....

Allegato D

VERBALE PER CONSEGNA FARMACO SALVAVITA

In data.....alle ore.....la/il sig.

genitore dell'alunno/a

frequentante la classe..... della scuola.....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale.....

da somministrare al/alla bambino/a in caso di (Indicare l'evento)

.....

nella dose come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

Provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data il

Il genitore

Le insegnanti

.....

.....

.....

.....

Allegato E

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC MONS VASSALLUZZO ROCCAPEMONTI

OGGETTO : DISPONIBILITÀ PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI ALUNNI

Il/La sottoscritto/a _____ docente/collaboratore scolastico/assistente amministrativo.....

in servizio presso l'Istituto Comprensivo MONS VASSALLUZZO in qualità di

- docente formato primo soccorso..... SI NO
- collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO
- assistente amministrativo formato primo soccorso.....SI NO
- assistente tecnico formato primo soccorso.....SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (*iniziali*).....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

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (Regolamento
Europeo 679/2016)**

**Informativa ai sensi del Regolamento Europeo
679/2016**

Gentilissimi Genitori,

i sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si 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:

- ✓ Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci 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 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Il Titolare del trattamento è l'Istituto Comprensivo Statale "IC MONS VASSALLUZZO", con sede in ROCCAPIEMONTE rappresentato dal Dirigente scolastico pro tempore Prof. ANNA DE SIMONE. Il Responsabile della Protezione dei **Dati (RPD)** è **Sandro Falivene**.

Al Titolare del trattamento o al Responsabile lei potrà rivolgersi senza particolari formalità, per far valere i suoi diritti, così come previsto dall'articolo 7 del Codice (e dagli articoli collegati), e dal Capo III del Regolamento.

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale
