

ALLEGATO A

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Il sottoscritto

Genitore/affidatario/tutore dell'alunno

Frequentante la classe della scuola infanzia/primari/secondaria di

..... nell'anno scolastico.....

Telefono

Vista la specifica patologia dell'alunno:

.....

RICHIEDE

- la somministrazione di farmaci in orario scolastico
- l'intervento specifico
.....
- l'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

(Barrare la voce che interessa)

Allega:

- Certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto e/o intervento specifico necessario

Data, ...

firma del genitore/tutore

.....

ALLEGATO B

RICHIESTA/DELEGA

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti

Cognome e nome (padre).....

Cognome e nome (madre).....

in qualità di Genitori/Tutori del minore.....

iscritto per l'anno scolastico.....presso la scuola

classe/sezione.....

chiedono a codesto Istituto:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome qualifica

1)

2)

3)

4)

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, **delegano formalmente** il personale scolastico o dell'agenzia formativa in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono 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)

indicare: SI'- NO

In fede (firma padre)..... (firma madre).....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto.....genitore dell'alunno.....

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente.....

Firma.....

Luogo..... data.....

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre).....

- Genitore (madre).....

- Altri numeri utili.....

ALLEGATO 3

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO

Il minore

Cognome

Nome

Nato il a

Residente a

In Via

Affetto dalla seguente patologia :

Presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico la seguente terapia farmacologica:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione:

Orario di somministrazione/dose:

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:

e/o

nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione:

.....

Dose:

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....

Modalità di esecuzione:

Orario di esecuzione dell'intervento:

Eventuali note:

.....

.....

Data, ...

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico

ALLEGATO 3 bis

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI e/o PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI DEL DIABETE TIPO 1 IN ORARIO SCOLASTICO

Il minore

Cognome

Nome

Nato il a

Residente a

In Via

Affetto da diabete mellito di tipo 1

È attualmente in terapia insulinica intensiva con:

☐ multiple iniezioni giornaliere (penne) ☐ infusione continua (microinfusore)

Presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico la seguente terapia insulinica:

nome dell'insulina:

Orario, modalità e schema di somministrazione:

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

Modalità di conservazione del farmaco: l'insulina in uso può essere conservata a temperatura ambiente. L'insulina di scorta va conservata fra 4 e 8 gradi.

Il paziente è portatore di monitoraggio continuo di glicemia ☐ SI ☐ NO

In caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza somministrare:

- Glucagone (nome farmaco:) sottocute e/o intramuscolo alla dose: 1 fiala = 1 mg se il peso è ≥ 30 kg, $\frac{1}{2}$ fiala se minore

Modalità di conservazione del farmaco: a temperatura refrigerata (4-8 gradi). Se conservato a temperatura ambiente è stabile per 18 mesi.

I genitori del paziente sono stati correttamente istruiti su tutta la gestione terapeutica del diabete e

sono ☐ non sono ancora ☐ idonei a dare indicazioni sulla variazioni della terapia.

Eventuali note:

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

Data, ...

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti _____ Genitori

dell'alunno/a _____ nato/a _____

iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso _____;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S. il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della

somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico _____

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

Data, _____

I Genitori

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a a il.....

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 data dal dott.

(indicare tipo medicinale/terapia).....

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

.....

.....

INFORMATIVA PRIVACY

relativa alla somministrazione di farmaci a scuola

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative.

A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:

- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
- nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica

Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta;
- Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti
- Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo
- Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto)
- Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento)

I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori.

Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, quali i diritti dell'interessato, sono a disposizione nell'informativa generale già fornita in occasione dell'iscrizione. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al titolare del trattamento all'indirizzo email: cnic82300@istruzione.it.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI**

I sottoscritti _____ e _____

genitori dell'alunno _____

frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola _____

DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa privacy e

PRESTANO IL CONSENSO

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data _____, _____

Firme

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____

Firma del genitore
