

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

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)..... ,

Genitore/genitrice del/la bambino/a , (oppure) Esercente la
potestà genitoriale sul/lla bambino/a , nato/a
a..... il .../.../..... e residente a in
Via , che frequenta la classe sez. della
scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di

- consapevole del fatto che il personale educativo/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 USL ... /dal Dott. , in data .../.../.....;

CHIEDO

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

- che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal sopra citato Piano terapeutico.
- (oppure)
- che mio/a figlio/a, 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 somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo 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 del/la bambino/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono	famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto/a, 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 ___/___/___ Firma (1) _____

(1) Genitore/genitrice o chi esercita la potestà genitoriale per il bambino/la bambina

Allegato 3

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno/a

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare al bambino/alla bambina* _____

(da conservare nel fascicolo personale del bambino/della bambina e da dare in copia ai genitori o a chi esercita la responsabilità genitoriale)

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

- genitore/genitrice del bambino/della bambina _____
 esercente la potestà genitoriale sul bambino/sulla bambina _____

Nato/a _____, il ___/___/___ e residente a _____,
iscritto alla scuola _____ classe _____ sez. _____,

CONSEGNA

All'incaricato Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di intervento personalizzato un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

- 1) _____
2) _____

da somministrare al bambino/alla bambina _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata presso la Scuola, 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

► nel seguente luogo: _____

► con le seguenti modalità: _____

Il genitore/la genitrice/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno educativo/scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno successivo, se necessario.

Si impegna inoltre a rifornire il nido/la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ___/___/___

Firma dell'incaricato:

Firma del genitore/della genitrice/dell'esercente la responsabilità genitoriale:

PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
 - Mattina (h.) dose da somministrare
 - Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- 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 USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

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

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....