**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I**

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO (contiene dati sensibili)**

Al Dirigente scolastico dell’Istituto Achille Mapelli

Via Parmenide 18,Monza

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) ,

* Genitore dello studente/essa ,

(oppure) □ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ...................................................., (oppure)

* Studente/essa maggiorenne nato/a a……………………….… il …../……/……… e residente a

………………………………….…. in Via , che frequenta la

classe … sez … dell’Istituto

………………………………………… sito in Via ……………………….….…………… Cap ………. Località ..…………………………………………………….…. Provincia ,

* 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 USL ... …………….. /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 /a me stesso **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 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 dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

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. Genitori o chi esercita la potestà genitoriale per l’alunno/a o l’alunno/a (se minorenne).

# RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO MODULO DI CONFERMA/RETTIFICA /RINUNCIA

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE**

I sottoscritti genitori di nato/a a

il frequentante la classe

sez. indirizzo nell’anno scolastico 20 /20

dell’Istituto “A. Mapelli” di Monza

* **CONFERMANO** tutte le indicazioni contenute nei moduli di richiesta somministrazione farmaci (allegati 1 e 2) inviati nel precedente anno scolastico 20 /20 . Qualora necessario, si impegnano a consegnare il farmaco alla scuola all’inizio dell’anno scolastico.
* **RETTIFICANO** le informazioni contenute nei moduli di richiesta somministrazione farmaci consegnati nel precedente anno scolastico 20 /20 e si impegnano ad inviare i moduli aggiornati.
* **NON ATTIVANO** il protocollo farmaci nel corrente anno scolastico.

Luogo e Data, Firma

**In caso di un genitore impossibilitato a firmare:**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle norme di legge relative alla responsabilità genitoriale (Codice Civile, art. 316 comma 1art. 337-ter comma 3 e art. 337-quater comma 3) e, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara altresì di presentare questa richiesta/autorizzazione all’Istituzione Scolastica nel rispetto delle norme sopra indicate e con il consenso dell’altro genitore.

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI**

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**

**(contiene dati sensibili)**

**SI CERTIFICA**

lo stato di malattia dell’alunno/a ……………………….….. nato/a a ,

in data …./.…/……. residente in ………………..……………………..………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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;

**SI ATTESTA**

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.

La presente attestazione è integrata dall’allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia □ al genitore dell’alunno/a (oppure) □ all’alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo ……………………… | In fede  Timbro e Firma del Medico |
| Data ……/……/….… | ……………………………….. |

**PIANO TERAPEUTICO**

Alunno/a: Cognome ……………………… Nome ……………………………..

1. Nome commerciale del farmaco **indispensabile** ……………………………………………..
   1. Necessita di somministrazione quotidiana:
      * Orario e dose da somministrare o Mattina (h. …….) dose da somministrare o

Pasto (prima, dopo) …………. dose …………..

* + - * Pomeriggio (h. ………) dose ………….
    - Modalità di somministrazione del farmaco ………………………………………………
    - Modalità di conservazione del farmaco …………………………………………………
    - Durata della terapia: dal ……/...…/….….… al ……/...…/….….…
  1. 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)**

1. 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 ……/……/….… | ……………………………….. |

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO**

**Oggetto:** *Verbale di consegna di farmaco salvavita da somministrare all’alunno/a*

(da conservare nel fascicolo personale dell’alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

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

* genitore dell'alunno/a
* esercente la potestà genitoriale sull’alunno (oppure in caso di alunno maggiorenne)

□ l’alunno/a , nato a ,

il / / e residente a , iscritto alla classe , sez. , dell’Istituto , consegna all’incaricato, Sig./Sig.ra , individuato nel Piano di intervento personalizzato prot.

n un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1)

2)

da somministrare all’alunno/a come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data / / dal (barrare la voce corrispondente):

* Istituto sanitario
* medico pediatra di libera scelta dott.
* medico di medicina generale dott. .

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo: con le seguenti modalità:

Il genitore/ l’esercente la potestà genitoriale/ lo studente 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/dello studente