



Allegato A: **RICHIESTA DEI GENITORI ALLA SOMMINISTRAZIONE O ALL'AUTO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**
 (o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

Data

Al Dirigente Scolastico della scuola
 ISTITUTO COMPRENSIVO MOZZANICA

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/adella classe sez.

Scuola.....

residente a..... in via.....

Comune..... Prov. Tel.

richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr./ssa e presentati in allegato alla presente richiesta (Allegato B).

Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiarano:

- Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie.
- Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- Di impegnarsi a fornire alla scuola il farmaco/i prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc.) nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano Terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

Autorizzano:

_ se del caso l'auto-somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute)

Chiedono:

_ La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario...)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

Cognome e Nome Tel.....

Cognome e Nome Tel.....

A disposizione per le necessità si ringrazia e si porgono cordiali saluti.

Firma



Allegato B:

CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che

Nato a

il.....

Residente in via.....

Comune..... Prov

Frequentante la classe..... della scuola.....

di.....

E' affetto/a dalla seguente patologia:

.....

per la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla patologia dello stesso;
- 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 patologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Nome del farmaco.....

Forma farmaceutica

Dosaggio.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

.....

.....

.....

Dose da somministrare.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

.....

.....

.....

Prescrizione ADRENALINA Si No

Data.....

In fede

Firma e timbro del Medico

.....



Allegato C: **VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO**

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare

all'alunno/a

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

In data.....alle ore.....

la/il sig./sig.ra

(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a (oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno

nato a....., il/...../..... e residente a.....

iscritto alla classe.....

della Scuola dell'Infanzia / Primaria / Secondaria

di, consegna all'incaricato,

Sig./Sig.ra....., un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1).....

2).....

da somministrare all'alunno/a

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico,

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.....



INFORMATIVA PRIVACY

INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

[Ver. A012 del 01/06/2021]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

<p>Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?</p> <p>Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?</p> <p>I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti ?</p> <p>Cosa accade se non conferisco i miei dati ? Cos'altro devo sapere ?</p> <p>Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.</p> <p>Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel</p>	<p>rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.</p> <p>I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovrintendere alla somministrazione richiesta; - Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori; - ASL/ATS per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale; - Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza; - Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente); - Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.) - Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto); - Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione); esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. <p>In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto.</p> <p>Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy. Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta</p> <p>Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata.</p> <p>Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail dpo@agicomstudio.it</p>
---	---

Luogo e data

ALLIEVO.....Classe..... Sezione.....Plesso

nel caso di allievo minorenni:

Cognome e nome 1° Genitore o Tutore Firma (*)

Cognome e nome 2° Genitore Firma

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.