



## PIANO TERAPEUTICO

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

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile .....

A.1) Necessità 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) Necessità 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 dell'ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì                       No

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

Luogo .....

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

In fede  
Timbro e Firma del Medico  
.....

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I *Allegato 2* NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico del .....

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

Genitore dell'alunno/a ....., (oppure)  Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a ....., nato/a a.....

il.../.../..... e residente a ..... in Via ....., che frequenta la classe ... sez ... Scuola infanzia/primaria del ..... plesso .....

- 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'ASL ... /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 siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal 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 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.

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 Regolamento UE 2016/679 ed ex 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) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a

Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la richiesta sia stata condivisa.

## 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)

esercitante la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il / / e residente a \_\_\_\_\_,

iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_, scuola infanzia/primaria del \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, un flacone nuovo ed integro

del/i farmaco/i indicato/i nel Piano di intervento personalizzato prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e

Piano Terapeutico consegnati in segreteria, rilasciata in data / / dal (barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della ASL \_\_\_\_\_

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'esercitante la potestà genitoriale 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 \_\_\_\_\_

Al Dirigente Scolastico

del \_\_\_\_\_

**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Il/La sottoscritto/a .....  
in servizio presso codesta scuola in qualità di

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso..... SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno(iniziale).....della classe.....  
sez.... Scuola ..... (infanzia/primaria) plesso .....

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

**Modulo 03/1**

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003  
Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci  
di uso cronico e/o di emergenza a scuola.**

Gentili Genitori,

(G.D.P.R. 679/2016)

Desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" 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.
  - Il titolare del trattamento è: IL DIRIGENTE SCOLASTICO
  - Il responsabile del trattamento dei dati è:
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna. (G.D.P.R. 679/2016)

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico

Data

.....

.....

Firma dei genitori

**Modulo 03/2**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30/06/2003 (G.N.P.A. 678/2016)

Il/la sottoscritto/a

Cognome ..... Nome .....

In qualità di:

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ..... Nome .....

nato a ..... PROV. ....

il .....

- acconsente** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.
- non acconsente** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

**Nota importante: il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica.**

Data

Firma .....

(da restituire alla scuola debitamente compilato e firmato)