Allegato 2

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

Al Dirigente scolastico dell'Istituto ……..……
Indirizzo …….…….

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.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

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) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

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 ……..

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 ……/……/…..… ……..