

ISTITUTO COMPRENSIVO OSTRA

Scuola Infanzia - Primaria - Secondaria di primo grado

Email anic81000q@istruzione.it – Pec. anic81000q@pec.istruzione.it

<http://www.iscostra.edu.it> - C.F. 83005730425 – Cod. Meccanografico ANIC81000Q – CU UFVP5M

PROCEDURA PER PROSECUZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI NEI LOCALI E IN ORARIO SCOLASTICO

1. I genitori ritirano dalla segreteria la seguente modulistica:
 - **Allegato C:** prosecuzione della somministrazione farmaco indispensabile/salvavita (da compilare e firmare da parte dei genitori);
 - **Allegato E:** verbale di consegna alla scuola del farmaco (da compilare insieme al docente coordinatore di classe/di plesso che riceve il farmaco).
2. I genitori riconsegnano in segreteria l'**Allegato C** debitamente compilato e firmato.
3. Il dirigente scolastico, dopo aver ricevuto dai genitori la richiesta di prosecuzione alla somministrazione, invia al personale docente e ATA del plesso interessato il modulo per la dichiarazione di disponibilità/indisponibilità alla somministrazione del farmaco indispensabile/salvavita.
4. Il dirigente scolastico, ottenute le dichiarazioni di disponibilità/indisponibilità, invia al personale dichiaratosi disponibile formale autorizzazione alla somministrazione del farmaco nei locali ed in orario scolastico.
5. Il genitore consegna il farmaco al docente coordinatore di classe/di plesso che redige il relativo verbale, **Allegato E**, contestualmente firmato da entrambi.
6. Il docente coordinatore di classe consegna in segreteria una copia dell'**Allegato E**.

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo Ostra

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a* _____

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 _____, sez. __, del plesso _____ dell'Istituto Comprensivo Ostra,
consegna al docente _____, n. _____ confezione/i
nuova/e ed integra/e del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____
come da certificazione medica e/o Piano Terapeutico inviati per email all'indirizzo
anic81000q@istruzione.it, rilasciati 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 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 del docente che riceve il farmaco _____

Firma del genitore _____

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via n.
frequentante la classe del plesso dell'I.C. Ostra,

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S. il/la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco e/o la somministrazione-terapia non è mutata;

CHIEDONO

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico ____/____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno 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.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo Ostra dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo Ostra dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del D.Lgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, Marilena Andreolini.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

_____,
luogo

_____,
data

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....