

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

### DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

*(la richiesta ha validità per l'anno scolastico in cui viene presentata e si deve rinnovare in ogni caso di trasferimento/passaggio ad altro Istituto in corso d'anno)*

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

n. di telefono : \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata proposta del medico (MMG/PLS) rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal

dott. \_\_\_\_\_ n. di telefono: \_\_\_\_\_

I genitori 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;
- 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;
- impegnarsi a fornire alla scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario per la somministrazione (es. cotone, disinfettante, siringhe, guanti, etc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso
- Autorizzano l'auto-somministrazione del farmaco (se prescritto dal medico nell'allegato n. 2)
- Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

(luogo e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori (o di chi esercita la potestà genitoriale): \_\_\_\_\_

#### **Informativa sul trattamento dei dati personali**

**Titolare del trattamento:** Istituto Comprensivo 2 "Damiani" di Morbegno, Via Prati Grassi n.76 - 23017 Morbegno (SO) tel. 0342-610837. L'istituto scolastico ha nominato Responsabile della protezione dei dati il Dott. Giancarlo Favero della Ditta Capital Security

**Finalità e base giuridica del trattamento:** I dati raccolti sono trattati al solo scopo di erogare agli interessati il servizio di somministrazione dei farmaci a scuola. Il trattamento è svolto per assistenza e terapia sanitaria (articolo 9 comma 2 lettera h. del Regolamento 2016/679/UE), sulla base di quanto disposto dal Protocollo d'intesa tra ATS della Montagna, ASST Valtellina e Alto Lario e l'Ufficio Scolastico Provinciale di Sondrio per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, firmato in data 4 ottobre 2018

**Destinatari dei dati:** I dati non sono comunicati a terzi e non sono trasmessi fuori dall'Unione Europea.

**Diritti dell'interessato:** Gli interessati hanno il diritto di ottenere dal titolare, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati Dott. Giancarlo Favero della Ditta Capital Security Srls email giancarlo.favero@capitalsecurity.it, cell. 335-5950674.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI  
MEDICINA GENERALE) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO  
SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON  
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente scolastico: Maria Rita Carmenini

**Piano terapeutico del farmaco da somministrare**

Stato di malattia certificato: \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco e principio attivo: \_\_\_\_\_

Forma farmaceutica: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Dosaggio: \_\_\_\_\_

Orario: \_\_\_\_\_

Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico): dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Capacità di auto-somministrazione perché paziente istruito:      SI      NO

Terapia di mantenimento: \_\_\_\_\_

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata): \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco: \_\_\_\_\_

Descrizione in dettaglio dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco: \_\_\_\_\_

La somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)