Allegato 2

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

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

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

□ Genitore/genitrice del/la bambino/a ....., (oppure) □ Esercente la potestà genitoriale sul/lla bambino/a ....., nato/a a…….… il …../……/…… e residente a..... in Via ……..……, che frequenta la classe . …… sez ..... della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di ……

• consapevole del fatto che il personale educativo/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 una scelta)

□ che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal sopra citato 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 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 del/la bambino/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 Reg. UE 679/2016 (GDPR) e D. Lgs. n. 196/03.
Io sottoscritto/a, 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 __/__/____Firma (1) _____

_____

(1) Genitore/genitrice o chi esercita la potestà genitoriale per il bambino/la bambina

ALLEGATO 3

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno/a

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare al bambino/alla bambina* _____
(da conservare nel fascicolo personale del bambino/della bambina e da dare in copia ai genitori o achi esercita la responsabilità genitoriale)

In data_____alle ore_____, la/il sig./sig.ra_____,
(barrare la voce che corrisponde)
□ genitore/genitrice del bambino/della bambina_____
□ esercente la potestà genitoriale sul bambino/sulla bambina_____

Nato/a_____, il___/___/_____e residente a_____,
iscritto alla scuola_____classe_____sez._____,

CONSEGNA

All'incaricato Sig./Sig.ra_____, individuato nel Piano di intervento personalizzato un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:
1)_____
2)_____

da somministrare al bambino/alla bambina_____come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata presso la Scuola, rilasciata 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
► nel seguente luogo: _____
► con le seguenti modalità:_____
Il genitore/la genitrice/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno educativo/scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno successivo, se necessario.
Si impegna inoltre a rifornire il nido/la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
Luogo_____Data___/___/_____

Firma dell'incaricato:

_____

Firma del genitore/della genitrice/dell'esercente la responsabilità genitoriale:

_____

ALLEGATO 1

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

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

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

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

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 ……/……/…..…

……..