

Al Dirigente Scolastico della
Scuola

Il /La sottoscritto/a in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome Nome

nato il e frequentante nell'anno scolastico

La Scuola

classe

CHIEDE

Che sia somministrato, in casi di emergenza, al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,
coerentemente alla certificazione medica allegata,

A tal fine:

AUTORIZZA

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

In fede,

Data,

Firma *

* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Il minore (Cognome) (Nome)

nato il residente a

Necessita

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....
.....

modalità di somministrazione (orari, dose normale e massima, via di somministrazione)

.....
.....

durata della terapia

(Indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....
.....
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

.....
.....

Data,

timbro e firma del medico

VERBALE INCONTRO PARTI INTERESSATE NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

A seguito della richiesta del _____ inoltrata dai genitori di _____ classe _____ il dirigente (o suo delegato), il personale della scuola, il medico di famiglia ed i genitori si sono riuniti ed accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di conservazione e somministrazione del farmaco a scuola.

Luogo di conservazione del farmaco: _____

Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione: _____

I genitori autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Si allega:

- Certificato del medico curante o Centro specialistico di riferimento che indica la prescrizione del farmaco (sottolineandone il carattere di necessità) e la posologia necessaria
- Richiesta dei genitori

Palermo, _____

Il Medico _____ Il Dirigente _____

Il Personale della scuola (qualifica) _____

Il Genitore * _____

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

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,

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 ASP, 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 di questa istituzione scolastica.
- Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore S.G.A.
- 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.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico

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,

Il/la sottoscritto/a

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

In qualità di:

- genitore
- soggetto che esercita la potestà genitoriale

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

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

Il..... classe.....

- 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)