

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'IC 71 Aganoor Marconi

Il/La sottoscritto/a..... in qualità di

- Genitore*
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....

nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico 2023/24 il
plesso..... classe.....

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla
certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

- Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**
- Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato2

Si allega:

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Numeri di telefono utili: Medico Curante.....

Genitori

luogo,..../..../....

Firma _____

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA

Allegato 2

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/ autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'IC 71 Aganoor Marconi

Il minore.....

nato ilresidente a.....

e frequentante codesto Istituto scolastico e necessita del seguente PIANO TERAPEUTICO per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, da adottare:

- in caso di emergenza
- per continuità terapeutica in caso di patologia cronico
- Di un piano di assistenza da parte del Distretto sociosanitario

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principioattivo

.....

- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....

.....

- Modalità di conservazione del farmaco

.....

- Durata e tempistica della terapia - orario e giorni (da compilare per somministrazione per continuità terapeutica in caso di patologia cronica)

.....

È prevista l'**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell'alunno

SI

NO

Si dichiara che la somministrazione del farmaco suddetto non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né dell'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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione.

Data,

Timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza _____

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Al Dirigente Scolastico
dell'IC 71 Aganoor Marconi

In data.....alle ore.....la/ilsig.....

Genitore dell'alunno/a.....

frequentante la classe del plesso consegna nelle mani di
..... una confezione nuova ed integra del
farmaco da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal
personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

luogo,

Il Personale della scuola(qualifica).....

I genitori*

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