

Allegato 1 - Circolare Somministrazione farmaci

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico
(da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico
Convitto Nazionale G. Falcone
Palermo

I sottoscritti in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) di nato/a a il/...../..... frequentante la classe sez. della Scuola primaria / Scuola media /Liceo annessi al Convitto nazionale G. Falcone di Palermo nell'anno scolastico 20.../20...

CHIEDONO

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

A tal fine, autorizzano:

- ✓ Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli 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'Allegato 2.

Si allega:

- ✓ Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria

Numeri di telefono utili:

Medico Curante...../Genitori

Palermo,

Firma

Allegato 2 -Circolare Somministrazione farmaci

**Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico
(da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)**

Al Dirigente Scolastico
Convitto Nazionale G. Falcone
Palermo

Il minorenato il/...../..... residente a.....e frequentante
codesto Istituto scolastico è affetto da:
.....

Pertanto, necessita della

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

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

✓ Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo.....

✓ Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)
.....
.....

✓ Modalità di conservazione del farmaco
.....
.....

✓ Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)
.....

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno: SI NO

Data,

Timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza:

Allegato 3 - Circolare Somministrazione farmaci

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico
Convitto Nazionale G. Falcone
Palermo

In data alle ore i sottoscritti in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) dell'alunno/a (indicare le iniziali) frequentante la classe sez. della Scuola primaria / Scuola media / Liceo presso codesto Convitto, consegnano 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.

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;
- ✓ provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato;
- ✓ comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....
.....

Il Dirigente Scolastico

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

I genitori

Si allega:

- ✓ copia dell'Allegato 2 - Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico)

Palermo,

Allegato 4 - Circolare Somministrazione farmaci

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (Regolamento Europeo 679/2016)
Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016

Gentilissimi Genitori,

vi informo che ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 si 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 ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- ✓ Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.



Il Rettore D.S.

Prof.ssa Concetta Giannino

Stampa sostituta a mezzo stampa ai sensi
dell'Art. 3 comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale

Allegato 5 – Circolare Somministrazione farmaci

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni
(da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)

Al Dirigente Scolastico
Convitto Nazionale G. Falcone
Palermo

Il/La sottoscritto/a docente/collaboratore scolastico/assistente amministrativo in servizio presso il Convitto Nazionale G. Falcone di Palermo in qualità di

- docente formato primo soccorso..... SI NO
 collaboratore scolastico formato primo soccorso..... SI NO
 assistente amministrativo formato primo soccorso..... SI NO
 assistente tecnico formato primo soccorso..... SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziali)..... della classe..... sez.
..... Scuola primaria / Scuola media / Liceo,

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data,

FIRMA