

## **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 minore ..... nato 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*

Arma autografa sostituita 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