

Allegato 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI PER TERAPIA CONTINUATIVA

(Redatta dai genitori dello studente, alunno o bambino e da consegnare al dirigente scolastico o al coordinatore delle attività didattiche ed educative o al direttore del centro di formazione professionale o alle coordinatrici dei servizi socio-educativi per la prima infanzia 0-3)

I sottoscritti _____

Genitori di _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____

Via/Fraz. _____

Frequentante _____ la _____ classe/il _____ servizio _____ socio _____ educativo _____ 0-3
anni _____

Dell'istituzione _____ scolastica/servizio _____ socio _____ educativo _____ 0-3
anni _____

Essendo il/la minore affetto/a da: _____

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito e orario scolastico/di servizio socio-educativo 0-3 anni dei farmaci
come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal
dott./Centro di riferimento:

_____.

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile:

- ☐ da parte del familiare _____ per cui si richiede
l'accesso alla scuola/servizio socio- educativo 0-3 anni;
- ☐ eventualmente da parte di personale non sanitario formato, se disponibile;
- ☐ da parte del/della figlio/a minorenne, in regime di auto-somministrazione, come attestato nella
prescrizione/certificazione del medico curante.

Sollevano il personale scolastico/educativo da ogni responsabilità per eventuali conseguenze
derivanti dalla somministrazione di tali farmaci.

Premesso che i dati del/della minore sono trattati dall'istituzione scolastica/dal servizio socio-educativo 0-3 anni e dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta al solo fine di consentire la somministrazione di farmaci secondo quanto dispongono le norme di legge vigenti, e nello stretto limite indispensabile a permettere di adempiere agli obblighi previsti dal protocollo,

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del regolamento UE 2016/679, secondo l'informativa allegata.

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico curante:

- Genitori:

- Centro di riferimento:

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN SITUAZIONE DI URGENZA

(Redatta dai genitori dello studente, alunno o bambino e da consegnare al dirigente scolastico o al coordinatore delle attività didattiche ed educative o al direttore del centro di formazione professionale o alle coordinatrici dei servizi socio-educativi per la prima infanzia 0-3)

I sottoscritti _____

Genitori di _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____

Via/Fraz. _____

Frequentante _____ la _____ classe/il _____ servizio _____ socio _____ educativo _____ 0-3
anni _____

Dell'istituzione _____ scolastica/servizio _____ socio _____ educativo _____ 0-3
anni _____

Essendo il/la minore affetto/a da: _____

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito e orario scolastico/ di servizio socio-educativo 0-3 anni dei farmaci come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal
dott./Centro di riferimento:

Precisano che la somministrazione del farmaco è fattibile:

- ☐ da parte di personale non sanitario e di cui chiedono fin d'ora l'intervento;
- ☐ da parte del/della figlio/a minorenne, come attestato nella prescrizione/certificazione del medico curante.

Sollevano il personale scolastico/educativo da ogni responsabilità per eventuali conseguenze derivanti dalla somministrazione di tali farmaci.

Prendono atto che in ogni caso sarà avvisato il servizio 112.

Premesso che i dati del/della minore sono trattati dall'istituzione scolastica/dal servizio socio-educativo 0-3 anni e dall'Azienda U.S.L. della Valle d'Aosta al solo fine di consentire la somministrazione di farmaci secondo quanto dispongono le norme di legge vigenti, e nello stretto limite indispensabile a permettere di adempiere agli obblighi previsti dal protocollo,

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del regolamento UE 2016/679, secondo l'informativa allegata.

Data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico curante:

- Genitori:

- Centro di riferimento:

Allegato 3

**CERTIFICAZIONE MEDICA/PRESCRIZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/ SOCIO-EDUCATIVO 0-3 ANNI DA PARTE DI
PERSONALE NON SANITARIO**

(Redatta dal PLS, dal MMG o dal Medico specialista)

Consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie, si certifica l'assoluta necessità di somministrare in ambito e orario scolastico/del servizio socio-educativo 0-3 anni il seguente farmaco allo studente/alunno/bambino:

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____

Il _____

Codice fiscale _____

Residente a _____

Via/Fraz. _____

Frequentante la classe/il servizio socio-educativo 0-3 anni _____

Dell'istituzione scolastica/ servizio socio-educativo 0-3 anni

Piano terapeutico:

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile _____

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- orario e dose da somministrare:

○ Mattina (h. _____) dose da somministrare _____

○ Pasto (prima/dopo) _____

dose da somministrare _____

○ Pomeriggio (h. _____) dose da somministrare _____

Modalità di somministrazione del farmaco _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Durata della terapia: dal...../...../..... al/...../.....

A.1) 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 al bisogno del farmaco (specificare)

Dose da somministrare

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco

Capacità dello studente/alunno/bambino a effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì

☐ No

Note

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679, secondo l'informativa allegata.

Io sottoscritto, 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.

Il sottoscritto dichiara che le informazioni sopra riportate sono sufficienti per la somministrazione del farmaco da parte di personale non sanitario purché formato ai sensi del protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola (DGR n. ____/2021).

Data_____

Timbro e firma del medico

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA FORMAZIONE

COGNOME e NOME

è stato/a adeguatamente formato/a al fine di permettere la somministrazione in ambito e in orario scolastico/servizio socio-educativo per la prima infanzia 0-3 anni dei farmaci per la/le seguente/i patologia/e: “ _____”, in data _____.

Aosta, _____

L’Azienda Unità Sanitaria Locale

Dichiarazione rilasciata ai sensi del Protocollo per la Somministrazione di farmaci a scuola tra Regione autonoma Valle d’Aosta e Azienda Sanitaria Locale e del_____.

N.B.: del presente attestato non vengono rilasciati duplicati.

Allegato 5

**SCHEMA RIEPILOGATIVA SULLE SITUAZIONI CRITICHE VERIFICATE E SUGLI
INTERVENTI EFFETTUATI**

(Redatta dal personale scolastico/educativo e a disposizione del medico prescrittore)

Relativa allo studente/alunno/bambino _____

Data	Ora	Situazione critica/intervento effettuato	Firma

Eventuali note:
