



*Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca*

**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "G. RENDA" DI
POLISTENA (RC)**

Via Vescovo Morabito, snc - 89024 Polistena (RC) - TEL. 0966439144 -

Codice Fiscale 91000410802

PEO: rcis00300c@istruzione.it - PEC rcis00300c@pec.istruzione.it Sito

WEB: <http://www.istitutorenda.edu.it>



ALLEGATI CIRC.24:

- 1) Richiesta di auto-somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico;
- 2) Richiesta di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico;
- 3) Modulo per l'autorizzazione dell'ingresso dei genitori a scuola (per gli alunni diabetici);
- 4) Verbale per la consegna del medicinale indispensabile.

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO/
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico

Il _____ sottoscritto/a _____ (Cognome _____ e _____ Nome)

.....
☐ Genitore dello studente/essa, (oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa,

nato a e residente a

..... in Via, che

frequenta la classe ... sez ... dell' (Denominazione Istituto Scolastico),

Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità, chiede che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.

Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 101/2018, esclusivamente per le finalità di gestione della somministrazione della terapia farmacologica e per adempiere agli obblighi di legge e di sicurezza. I dati saranno trattati con modalità strettamente necessarie, con misure di sicurezza adeguate e conservati per il tempo strettamente necessario al perseguimento delle suddette finalità. Il genitore o esercente la potestà genitoriale ha diritto di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione del trattamento dei dati, nonché di opposizione al loro trattamento, secondo quanto previsto dagli artt. 15-22 del GDPR.

Il 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.

Si allega alla presente:

.....
.....

.....
.....

In fede,
Luogo
Data

Firma

 / / /

Numeri di telefono utili: Tel. Pediatra di libera scelta/medico curante
Tel. Genitori

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico

Io _____ sottoscritto/a _____ (Cognome _____ e _____ Nome)
_____, ☐ Genitore dello studente/essa
_____, (oppure) ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo
studente/essa _____, (oppure) ☐ Studente/essa maggiorenne
nato/a a _____ il ____/____/____ e
residente a _____ in Via
_____, che frequenta la classe ... sez ... indirizzo
_____ dell' (Denominazione Istituto scolastico),

consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni
sanitarie,
in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal
Servizio di Pediatria dell'Azienda ASL ... /dal Dott. _____, in data
.../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)
che a mio/a figlio/a /a me stesso siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal
Piano terapeutico
(oppure)
che il farmaco sia conservato dalla scuola e consegnato agli operatori sanitari in caso di
interventi del 118/112 secondo le indicazioni allegate alla presente prodotte dal medico
curante

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi
disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo
personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del
farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci
anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo
non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e
ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e
documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni
variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della
somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la
sospensione del trattamento.

numeri di telefono _____
famiglia _____
pediatra di libera scelta / _____
medico di medicina generale _____

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del D.lgs. 101/2018.

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.

Si allega alla presente:

.....
.....

.....
.....

In fede,
Luogo
Data

Firma

_____/_____/_____

**MODULO PER L'AUTORIZZAZIONE
DI INGRESSO GENITORI A SCUOLA
PER ALUNNI DIABETICI**

I sottoscritti _____ in qualità di
genitori dell'alunna/o _____ iscritta/o alla classe _____ scuola

CHIEDONO

di accedere in qualsiasi momento ai locali della scuola, o quelli che dovesse frequentare il proprio figlio/figlia per ragioni didattiche, al fine di poter intervenire in caso di necessità (es. guasti al Microinfusore o suoi componenti, problemi di somministrazione di insulina etc);
di poter predisporre nel frigorifero del plesso il farmaco salvavita, glucagone, da somministrare solo in caso di ipoglicemia con perdita dei sensi;
di predisporre nell'armadietto della classe 5/6 brick di succhi di frutta e caramelle da tirar fuori al momento del bisogno.

Luogo, data

FIRMA GENITORI*

*Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

Si autorizza

Il Dirigente Scolastico

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data alle ore la/il sig.

☐ genitore dell'alunno/a

☐ (oppure) sull'alunno/a

☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

☐ l'alunno/a

nato a il/...../..... e residente a
....., in via
....., frequentante la classe indirizzo
.....a.s. consegna all'incaricato/agli incaricati,

un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i nella dose

1)

2)

da somministrare all'alunno /a come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data/...../..... dal (barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria dell'ASL.....

☐ Medico pediatra di libera scelta dott.

☐ Medico di medicina generale dott.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato,

nel seguente luogo:

con le seguenti modalità

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale/lo studente:

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, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento;

si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico, con redazione di apposito verbale di riconsegna.

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

Nome e cognome – relazione con l'alunno

Recapito n.1

Recapito n.2

.....

.....

.....

Luogo, ____/____/____

FIRME

I genitori / l'esercente la potestà genitoriale / l'alunno maggiorenne
Il personale della scuola