

Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico (compilazione a cura del medico)

Il minore (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

**Necessità**

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica**
- per patologia acuta**

**conseguentemente è prevista:**

- l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte dei genitori in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitari (situazioni complesse)

**Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:**

Nome commerciale del/i farmaco/i \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione): \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

- E' prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): \_\_\_\_\_

Diagnosi e stato di malattia: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita" (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

Data, \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico

## Modulo 02

(richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale)

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Tolstoj di Desio

I sottoscritti,

(Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Genitore     Soggetto che esercita la potestà genitoriale di:

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ presso la Scuola \_\_\_\_\_ di Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ anno scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### CHIEDE

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

A tal fine:

### SI IMPEGNA

A consegnare il farmaco alla scuola, a garantire il controllo della scadenza e a fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico.

### AUTORIZZA

- Il personale educativo e di supporto della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando, per quanto di propria pertinenza, gli stessi da eventuali da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto
- il minore stesso alla auto somministrazione del/i farmaco/i come indicato nel Mod.01

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

**Numeri di telefono utili:**

**Medico curante** \_\_\_\_\_

**I Genitori** \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

PER PRESA VISIONE  
IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Gabriella Fracassi

**Mod. 03**

(informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003 sottoscritta dal genitore o da chi esercita la potestà genitoriale)

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003****Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola**

Gentili genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 " codice in materia di protezione dei dati personali" 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 Pediatra di Famiglia, al Medico di Medicina Generale, all' Assessorato Regionale competente, al Ministero della Salute, all' AREU.
- il titolare del trattamento è: Dott. ssa Gabriella Fracassi  
il responsabile del trattamento dei dati è: Ileana Gallina
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Data,

Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Gabriella Fracassi

(Da restituire alla scuola debitamente compilato)

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D.Lgs. 196/2003 del 30/06/2003)**

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30/06/2003

I sottoscritti,

(Madre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

(Padre): Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

in qualità di:  Genitore  Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore:

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

- acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.
- non acconsentono al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

**NOTA IMPORTANTE: Il mancato consenso impedisce la possibilità di proseguire nella pratica.**

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota:  
nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro