**Allegato 1**

**RICHIESTA**

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti .......................................................................... e …………………………………………………..…………..

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a ........................................................................…………….……….. • frequentante la classe.............................. della scuola................................................................................................ • frequentante il corso................................. dell’Agenzia formativa................................................................................ nell'anno scolastico............................................., affetto da…………………………………………………………..………

e constatata l’assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data ………………………………..dal Dott…………………………………………….……..

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

• di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

• di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ • di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d’ora l’intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

• che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

• Α. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull’avvenuta auto somministrazione)

• Β. L’affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

**Si consegnano n…………..confezioni integre, Lotto………………………..scadenza………………………………. Si allega prescrizione medica**

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell’altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

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

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

|  |
| --- |
| **Numeri utili**  Telefono fisso...................................................... ………………………………… ……………………………. Telefono cellulare................................................ ………………………………… …………………………... Telefono Medico curante (Dott.………………………………………………………………… ……………………………) |

|  |
| --- |
| **N.B.**  La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.  La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l’anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all’inizio del nuovo anno scolastico.  I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia. |

**Allegato 2**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

***Vista la richiesta dei genitori e constatata l’assoluta necessità***

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL’ALUNNO

Cognome………………………………………. …………………….Nome ............................................................................................ Nato il....................................................................... a........................................................................................................................ Residente a ........................................................................................................................................................................................ In via............................................................………………………………………………………………………………………………...... Frequentante la classe……………………………….della scuola………………………………………………………………………….... sita a ………………………………in Via……………………………………………………………………………………………………….. Dirigente scolastico……………………………………………………………………………………………………………………………… Affetto da ……………………………………………………………………………………………………………………………………….. **Nome commerciale del farmaco da somministrare**: .......................................................................................................

**Modalità di somministrazione:** .......................................................................................................................... **Orario:** 1^ dose ....................; 2^ dose……….……….; 3^ dose……….………….; 4^ dose………….……………; **Durata della terapia**:*………………………………………………………………………………………………………* **Modalità di conservazione**:.................................................................................................................................

Capacità dell’alunno/a ad effettuare l’auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

□ Parziale autonomia □ Totale autonomia

|  |
| --- |
| **Terapia d’urgenza**  Nome commerciale del farmaco da somministrare: …………………………………………………..................................................  Descrizione dell’evento che richiede la somministrazione:………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Dose:..............................................................................................................................................................................................  Modalità di somministrazione: ........................................................................................................................................................ Modalità di conservazione:............................................................................................................................................................. |

Note………………………………………………………………………………………………………………………….. **Data,** …………………………………… **Timbro e Firma del Medico curante**

**Allegato 3**

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Nome e Cognome dell’alunno…………………………………………………………………………………….………........... Frequentante la classe………………………..........istituzione scolastica o formativa…………………………………….…

Nome e Cognome dell’operatore scolastico o formativo e profilo professionale

……………………………………………..................…………………………………………………………………………….. ……………………………………………..................…………………………………………………………………….……….

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL’INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita) ………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………….………

**1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL’OPERATORE SANITARIO**

………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico/Formativo .............................................. .......................................................

**2. ESECUZIONE TECNICA DELL’OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL’ OPERATORE SANITARIO**

……………………………………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………..… ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico/Formativo .............................................. ...........................................................

**3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE**

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell’operatore scolastico o formativo.

Data……………………………… Firma Operatore Sanitario ...............................................

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l’esecuzione tecnica dell’intervento.

Data……………………………… Firma Operatore Scolastico/Formativo .............................................................

**4. DELEGA DEI GENITORI**

I sottoscritti, genitori dell’alunno……………………………………….., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)………………………………………………... Firma (madre)…………………........................................... **VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

….……………………………………………

**Allegato 4**

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO (in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)………………………………………………………………………………………. nato a …………………………………………….……il……………………………………………………………………. residente a ………………………..in Via…………………………………………………………………………………... tel……………………………………………………………………………………………………………………………… studente/studentessa che frequenta la classe ……………………………… sez ..………………………..….………. scuola …………………………………………………………………........................................................................... sita in Via ………………………………………………..……………………………………………….Cap ……..……… Località …………………………………………………………………………………………………. Prov….……..……

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale)………………………………………………..… come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI □ NO □

In fede

Firma dell’interessato/a

………………………………………………

Data, ……………………………