

# ALLEGATO I

## 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,  
**autorizzando 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

La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione) /

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<sup>a</sup> dose .....; 2<sup>a</sup> dose.....; 3<sup>a</sup> dose.....; 4<sup>a</sup> 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:.....

*si dichiara che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecniche da parte dell'adulto: Rif. Raccomandazioni del MIUR e Min San. 25/11/2005 art. 2*

Note / nel caso si tratti di manovre su PEG o apparecchiature e non di somministrazione di farmaci, si allega certificazione esaustiva, barrando la parte che non interessa di questo modulo..

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)

**SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico/Formativo

**ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO**

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico/Formativo

**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 .....

**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

Data, .....

Firma dell'interessato/a

.....

ALLEGATO 5

DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

(da compilare a cura dell'operatore AEC e da consegnare al servizio sociale comunale)

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ operatore AEC Comunale assegnato

all'alunno/a \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_

dopo aver visionato

1. la prescrizione allegata del medico curante per il piano di somministrazione dei farmaci / utilizzo PEG / altre manovre descritte dallo stesso;
2. la richiesta con liberatoria del genitore per gli specifici interventi su menzionati a fornire le dovute indicazioni agli operatori coinvolti, l'affiancamento e la supervisione degli stessi;
3. l'adesione sottoscritta del personale scolastico o altro personale incaricato da codesto istituto a svolgere tale impegno
4. il piano elaborato dalla scuola rispetto il luogo di conservazione, somministrazione del materiale specifico ed il calendario di intervento da parte del genitore finalizzato alle indicazioni e alla supervisione nei confronti degli operatori AEC

.....  
.....

Si dichiara disponibile alla somministrazione del farmaco e/o utilizzo di PEG e/o di ausilio meccanico, e/o ad effettuare le manovre indicate nella certificazione medica..

data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_