

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**
(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a
in data/..../..... residente in

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
 - salvavita
 - (Oppure)
 - indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia al genitore dell'alunno/a (oppure) all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
 - Mattina (h.) dose da somministrare
 - Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) 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 del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL
.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I Allegato 2 **NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "M. Tabarrini"
Indirizzo Via Cercignani n. 38 56045 Pomarance (PI)

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 ... dell'Istituto sito in Via Cap Località Provincia

- 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 USL ... /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 mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

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 D. Lgs. n. 196/03.

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.

In fede,

Luogo

Data

(1) Firma

_____/____/____

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

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a _____

(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./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a _____

(oppure) esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a _____,
nato a _____, il ___/___/___ e residente a _____,
iscritto alla classe ____, sez. __, dell'Istituto _____,
consegna all'incaricato, Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di
intervento personalizzato prot. _____ n _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

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 della Azienda USL _____

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 si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ___/___/___

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore/dello studente _____

Allegato A

INFORMATIVA AGLI UTENTI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 79 DEL D.Lgs. 30 GIUGNO N. 196 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI” (CODICE PRIVACY) E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SCOLASTICO E MODALITA’ DI COMUNICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE (D.Lgs. n. 196/2003)

L’Istituto Scolastico I.C. "Marco Tabarrini" in applicazione del “Codice in materia di protezione dei dati personali” (c.d. Codice Privacy) in relazione all’accordo di collaborazione per la somministrazione dei farmaci a scuola tra Regione Toscana, Ministero dell’Istruzione, Direzione Generale Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana, Delibera n. 653 del 25/05/2015 informa che:

Il trattamento dei dati personali è indispensabile per poter procedere all’applicazione della Delibera Regionale n. 653 del 25/05/2015 per la tutela della salute dello studente richiedente la somministrazione dei farmaci in ambito e in orario scolastico e il relativo consenso verrà documentato da operatori autorizzati.

Il mancato consenso al trattamento dei dati, con eccezione dei trattamenti urgenti e di quelli disposti da Autorità Pubblica (Sindaco, Autorità Giudiziaria) comporta l’impossibilità di applicare quanto descritto nella Delibera Regionale n. 653 del 25/05/2015.

Garanzie sulla riservatezza dei dati:

· Si informa che il Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196 (Testo Unico sulla Privacy) prevede espressamente la tutela delle persone rispetto al trattamento dei loro dati personali. Ai sensi della legge indicata, tale trattamento è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la sua riservatezza ed i suoi diritti.

Al riguardo:

· I dati acquisiti durante l’applicazione dello specifico percorso di somministrazione farmaci a scuola, vengono trattati esclusivamente per finalità informative/formative nell’ambito della Delibera n. 653 del 25/05/2015.

· I dati sono trattati con strumenti elettronici e cartacei nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal Decreto Legislativo n.196/03.

· I dati vengono utilizzati solo da parte di operatori appositamente autorizzati e individuati come Incaricato del trattamento..

· Titolare del trattamento è l’ Istituto Scolastico I.C. "M. Tabarrini", con sede a Pomarance - Via Cercignani n. 38; Responsabile del trattamento dei dati e il Dirigente Scolastico Laura Pineschi, cui può rivolgersi presso l’indirizzo mail piic824004@istruzione.it.

Per ulteriori informazioni e/o far valere i suoi diritti di seguito riportati per estratto, potrà rivolgersi al seguente indirizzo di posta elettronica: piic824004@istruzione.it.

Estratto articolo 7 del Decreto Legislativo 196/03:

1. L’interessato ha diritto di ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L’interessato ha diritto di ottenere l’indicazione:

a) dell’origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell’articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

Il Titolare del Trattamento dei dati
Istituto Scolastico I.C. "M. Tabarrini"

Consenso al trattamento dei dati.

Preso atto dell'informativa sopra riportata

Il/La

sottoscritto/a.....nato/a.....

il e residente in..... via

città.....prov.

in qualità di :

diretto Interessato esercente la Tutela, Curatela o Amministrazione di Sostegno,

dello studente..... nato a

.....il.....

con la presente AUTORIZZA NON AUTORIZZA

all'utilizzo dei dati personali oggetto di comunicazione per le sole finalità sopra esposte e nei limiti consentiti dalla normativa.

Data **Firma dell'interessato, o di chi esercita la Tutela**.....