

Allegato 1

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO***

Considerata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):

.....
.....
.....
.....

Modalità di conservazione dei farmaci

.....
.....

Eventuali norme di primo soccorso

.....
.....
.....

Periodo di validità della prescrizione:

.....

(data)

(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____ Si

allega specifica nota informativa.

_____ include le comunità educative semiresidenziali per minori.

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente
scolastico/Responsabile struttura educativa/Responsabile comunità semiresidenziale)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa
Scuola/Istituto Comprensivo/Servizio educativo/Comunità

Sede _____

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) _____
nata/o a _____ il _____
frequentante la classe _____ della scuola/servizio educativo/comunità semiresidenziale

CHIEDO

di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a () che il/la sig/ra
_____ da me formalmente delegato possa accedere alla sede
scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a **oppure** :

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è
obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

CHIEDO

La somministrazione dei farmaci
in ambito ed orario scolastico
da parte del personale scolastico

L'auto-somministrazione dei farmaci
in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

➤ Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio
nell'auto-somministrazione del farmaco e

autorizza il figlio a custodire incarica la scuola di custodire il farmaco personalmente il farmaco
concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla
presenza di un operatore scolastico/educativo.

=====

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, di seguito GDPR, l'Unione delle Terre d'Argine, in
qualità di Titolare del trattamento, è in possesso dei suoi dati personali, identificativi e particolari (art. 9 GDPR) per
adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o interesse pubblico e/o da regolamenti previsti e/o
contrattuali per le finalità indicate nel presente documento. In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli
interessati di cui agli artt. 15 e ss. contattando il Titolare o il Responsabile all'indirizzo e-mail privacy@terredargine.it
Il Responsabile della protezione dei dati (DPO), designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR, è disponibile
scrivendo a responsabileprotezionedati@terredargine.it oppure nella sezione Privacy del sito, oppure nella sezione
Amministrazione trasparente. L'informativa completa può essere richiesta scrivendo a privacy@terredargine.it
oppure nella sezione Privacy del sito.

Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione
medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova
certificazione aggiornata.

Data _____

(Firma di entrambi i genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia _____

