**RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI**

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Amedeo Moscati

Pontecagnano Faiano

I / Il / La sottoscritti / o / a………………………………………………………………

(barrare una delle caselle)

* In qualità di genitori
* In qualità di affidatario esclusivo[[1]](#footnote-1)
* In qualità di tutore[[2]](#footnote-2)
* In qualità di genitore vedovo / a

Dell’alunno/a[[3]](#footnote-3) …………………………….....nato/a ……………………il........................frequentante

la classe…………….….sez…………………… Infanzia / Primaria

**(scegliere l’opzione che interessa)**

**CASO 1[ ] AUTOSOMMINISTRAZIONE ORDINARIA**

**CHIEDE/CHIEDONO** che il minore provvedere all’**AUTOSOMMINISTRAZIONE** come da certificazione medica allegata del/dei seguent/i farmaco/i:

…………………………………………….

***La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell’alunno, patologia, quando si deve effettuare l’autosomministrazione del farmaco, nome commerciale del farmaco, dose da somministrare, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco, durata della terapia nonché attestazione della capacità del minore di saper provvedere autonomamente e in maniera completa all’autosomministrazione.***E in caso di necessità di affiancamento al minore da parte del personale scolastico dichiarare i termini dell’affiancamento, la non discrezionalità da parte di chi è presente, 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; ossia gli interventi “non devono richiedere il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario” (rif. Atto di Raccomandazioni contenente le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico del 25.11.2005) ed anche l’indicazione che non è necessario personale specializzato per la somministrazione

**CASO 2[ ] AUTOSOMMINISTRAZIONE IN PRESENZA DI SINTOMI**

**CHIEDE/CHIEDONO** che **in presenza dei sintomi** indicati nella certificazione medica allegata il minore possa provvedere all’**AUTOSOMMINISTRAZIONE** del/dei seguent/i farmaco/i:

…………………………………………….

***La certificazione medica allegata deve contenere nome, cognome e data di nascita dell’alunno, patologia, descrizione dell’evento con specifica sintomi per i quali si richiede la somministrazione del farmaco, nome commerciale del farmaco, dose da somministrare, modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco, durata della terapia nonché attestazione della capacità del minore di saper provvedere autonomamente e in maniera completa all’autosomministrazione.***E in caso di necessità di affiancamento al minore da parte del personale scolastico dichiarare i termini dell’affiancamento, la non discrezionalità da parte di chi affianca, 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; ossia gli interventi “non devono richiedere il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario” (rif. Atto di Raccomandazioni contenente le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico del 25.11.2005) ed anche l’indicazione che non è necessario personale specializzato per la somministrazione

*\*\*\**

Si evidenzia l’eventuale necessità di affiancamento al minore da parte del personale scolastico nei seguenti termini: ………………………………… considerando la non discrezionalità da parte di chi affianca, 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; ossia gli interventi “non devono richiedere il possesso di abilitazioni specialistiche di tipo sanitario” (rif. Atto di Raccomandazioni contenente le linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico del 25.11.2005) ed anche l’indicazione che non è necessario personale specializzato per l’affiancamento.

A tal fine chiede/chiedono che il/i farmaco/i, consegnato con verbale di consegna, venga/no **conservato/i nella cassetta del pronto soccorso** dell’infermeria insieme alla certificazione medica allegata; inoltre si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla sua/loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento in caso di utilizzo.

(barrare se presente)

**[ ] Segnalano altresì la presenza del farmaco nello zaino dell’alunno, coscienti che il personale della scuola non ne sarà responsabile per perdita o smarrimento.**

**ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e successivo Regolamento UE all’interno dell’Istituzione scolastica.

A tal fine i genitori:

1. forniscono tutte le informazioni necessarie e utili alla gestione generale e quotidiana del minore, in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia;
2. depositano presso la scuola uno o più recapiti telefonici dove garantiscono la reperibilità per ogni evenienza;
3. comunicano tempestivamente ai servizi coinvolti e alla scuola qualsiasi notizia possa riflettersi, in termini di appropriatezza dell’intervento e di ricadute organizzative, sulla realizzazione dell’intervento stesso presso la comunità, producendo la relativa documentazione richiesta (es. assenze dalla comunità, riduzione dell’orario scolastico/formativo, eventuali cambiamenti di residenza/domicilio/recapiti telefonici, oppure modifiche del piano terapeutico, ecc.);
4. garantiscono la fornitura dei presidi sanitari e/o dei farmaci necessari - in confezione integra e in corso di validità- per l’effettuazione dell’intervento, nonché la sostituzione tempestiva degli stessi alla data di scadenza;
5. garantiscono la fornitura del materiale necessario per la gestione dei rifiuti speciali, nonché per il loro smaltimento;
6. assicurano direttamente l’intervento nei casi di necessità (ad es. in assenza del personale cui è affidato l’intervento);
7. nel caso in cui l’intervento sia effettuato da personale scolastico e qualora si renda necessario effettuare variazioni estemporanee della terapia, trasmettono alla scuola la dichiarazione medica rilasciata dalla struttura specialistica che ha in carico il figlio dalla quale si evinca l’idoneità dei genitori stessi a variare/adeguare la terapia, in considerazione del loro grado di competenza/addestramento raggiunto tramite l’intervento di educazione terapeutica eseguito presso il competente centro del S.S.R.
8. In occasione dei passaggi ad altre scuole, i genitori dell’alunno si impegnano ad informare il Dirigente Scolastico della scuola di destinazionecol quale si concorderà la trasmissione della documentazione necessaria per la continuità del progetto.

**ACCONSENTE/ACCONSENTONO**

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e del successivo Regolamento UE all’interno dell’Istituzione scolastica.

**Si allega certificazione medica.**

**Numeri di telefono utili:**

**Pediatra di riferimento o medico certificatore ………………………………**

**Genitori 1: ...............................................**

**Genitore 2…………………………………….**

Dichiarano di essere a conoscenza di quanto prescritto dalla CONVENZIONE PER LA TUTELA E SOSTEGNO AGLI STUDENTI CON PATOLOGIE DIABETICHE ED ALTRE PATOLOGIE CRONICHE IN CONTESTI EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, IN REGIONE CAMPANIA tra La Regione Campania e il MIUR USR per la Campania stipulata a maggio 2018 e pubblicata sul BURC.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

**N.B.: La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.**

In fede,

Data

Firma/e

Genitore 1 …………………………………….

Genitore 2 …………………………………….

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui all’artt. 316, 377 ter e 337 quarter del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori (Nota MIUR 5336 del 2/9/15).[[4]](#footnote-4)

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **In caso di genitore con affidamento esclusivo disposto con sentenza giudiziale, deve essere consegnata anche la relativa documentazione.**  [↑](#footnote-ref-1)
2. **In caso di tutore allegare documentazione relativa alla sentenza del tribunale.** [↑](#footnote-ref-2)
3. **Per fratelli compilare due modelli, uno per ciascun fratello.** [↑](#footnote-ref-3)
4. Da firmare soltanto laddove risulti impossibile acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, ovvero laddove un genitore sia irreperibile. [↑](#footnote-ref-4)