Allegato 1

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 .....
Indirizzo .....

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 sollevo 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).

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "E. FERMI"
Sede legale: Via Montalbano, 397 – 51034 Casalguidi - Serravalle P.se(PT)
Tel. 0573/527188 – Fax. 0573/520172 Cod. Ministeriale :**PTIC81200R**
Codice Fiscale **80007890470** - Codice Univoco **UF0YZI**

e.mail: ptic81200r@istruzione.it
PEC: ptic81200r@pec.istruzione.it Sito web: **www.icfermipt.edu.it**

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016

Il Titolare del trattamento è l'Istituto Comprensivo "E.Fermi" di Serravalle P.se Via Montalbano, 397 – 51034 Casalguidi - Serravalle P.se (PT) Tel. 0573/527188 – Fax. 0573/520172 e.mail: ptic81200r@istruzione.it , **PEC**: ptic81200r@pec.istruzione.it
Il Titolare ha designato il Responsabile della protezione dati personali (RPD): Riccardo Narducci, email: info@studionarducci.it

I dati personali sono raccolti esclusivamente per la gestione della richiesta di somministrazione farmaci agli studenti nei locali dell'Istituto ed in orario scolastico (art. 1, delib. Giunta regionale Toscana 25 maggio 2015, n. 653), nell'ambito delle proprie finalità istituzionali e trattati sulla base del consenso.

I dati personali saranno comunicati all'ASL ma non trasferiti ad un paese terzo o ad un'organizzazione internazionale e saranno conservati fino a revoca del consenso se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento e, successivamente, per il tempo determinato da obblighi di conservazione previsti dalla normativa vigente.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali, la loro rettifica, cancellazione o la limitazione del trattamento o di opporsi al medesimo come previsto dagli artt. 15-22, Regolamento UE n. 679/2016, e per quanto applicabile l'art. 2-undecies, D.Lgs. n. 196/2003 e smi; per esercitare tali diritti è sufficiente scrivere una email all'Istituto, all'indirizzo ptic81200r@istruzione.it.

Gli interessati hanno il diritto a revocare il consenso per il trattamento dei loro dati personali. Per farlo è sufficiente scrivere una email all'Istituto, all'indirizzo ptic81200r@istruzione.it. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati personali (Piazza di Monte Citorio n. 121 - 00186 Roma), come previsto dall'art. 77, Regolamento, e di promuovere ricorso giurisdizionale alla competente autorità giudiziaria (art. 79, Regolamento), tenuto conto di quanto disposto dagli artt. 140-bis e successivi del D.Lgs. n.196/2003.

Il conferimento dei dati personali da parte dell'interessato è facoltativo; il loro mancato conferimento impedisce, nei casi previsti, l'avvio e/o proseguimento del procedimento e/o di ottenere quanto richiesto.

I dati personali non sono soggetti a diffusione né ad alcun processo decisionale interamente automatizzato. I dati sono gestiti con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e conservati in apposito server protetto (da password e misure di sicurezza adeguate) con limitazione e controllo degli accessi.

I dati personali raccolti sono trattati dal personale del Titolare che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento medesimo, ovvero da soggetti diversi nominati dal Titolare stesso quali responsabili del trattamento in relazione alle finalità ed alla base giuridica sopra indicate.

Il sottoscritto/a .....

Codice fiscale: ..... acconsente a che l'Istituto Comprensivo Statale "E.Fermi" ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento e, per tale motivo,

- ☐ presta il consenso
- ☐ nega il consenso

.....
(Luogo e Data)

.....
(Firma per accettazione)