

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LUIGI GALVANI

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150

VIA GALVANI, 7 – 20124 MILANO - TEL. 0288440253 – FAX 0288440286

e - mail: miic8b400x@istruzione.it pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

Scuola Primaria "Luigi Galvani" Via Galvani, 7 - Tel. 0288440253	Scuola Primaria "M. di Savoia e C. Borromeo" Via Casati, 6 - Tel. 0288440146
Scuola Secondaria di 1° grado "Fara" Via Fara, 32 - Tel. 0288440283	Scuola Secondaria di 1° grado "San Gregorio" Via San Gregorio, 5 - Tel. 0288440152

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

(Allegato MODELLO 1)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. LUIGI GALVANI Milano

Scuola primaria: GALVANI MARGHERITA DI SAVOIA E CARDINAL BORROMEO

Scuola secondaria di primo grado: FARA SAN GREGORIO

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

- consapevole che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) **nell'allegata prescrizione** redatta in data ___/___/_____/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico, che su base volontaria si è reso disponibile alla somministrazione del farmaco, sollevando Il DS e il personale scolastico individuato da ogni responsabilità civile/penale derivante dalla somministrazione purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico, non rientrando tale attività tra quelle soggette agli obblighi di vigilanza e di tutela ex art. 2048 c.c..

Dichiaro che 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.



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LUIGI GALVANI

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150

VIA GALVANI, 7 - 20124 M I L A N O - TEL. 0288440253 - FAX 0288440286

e - mail: miic8b400x@istruzione.it pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

Scuola Primaria "Luigi Galvani" Via Galvani, 7 - Tel. 0288440253	Scuola Primaria "M. di Savoia e C. Borromeo" Via Casati, 6 - Tel. 0288440146
Scuola Secondaria di 1° grado "Fara" Via Fara, 32 - Tel. 0288440283	Scuola Secondaria di 1° grado "San Gregorio" Via San Gregorio, 5 - Tel. 0288440152

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Firma del genitore

Data _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI PER FINALITÀ CORRELATE ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA AI SENSI D.LGS. 196/03

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 e s.m.i. per la gestione delle attività relative alla somministrazione di farmaci, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.

I dati oggetto del trattamento potranno essere comunicati a soggetti esterni alla istituzione scolastica esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta quali, a titolo semplificato e non esaustivo:

- Pronto Soccorso 118 per eventuali interventi in regime di urgenza
- AREU (Azienda Regionale Emergenza Urgenza)
- ATS Lombardia

Firma

Data _____

- Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____
- Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Firma

Data _____



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE LUIGI GALVANI

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150

VIA GALVANI, 7 – 20124 MILANO - TEL. 0288440253 – FAX 0288440286

e - mail: miic8b400x@istruzione.it pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

Scuola Primaria "Luigi Galvani" Via Galvani, 7 - Tel. 0288440253	Scuola Primaria "M. di Savoia e C. Borromeo" Via Casati, 6 - Tel. 0288440146
Scuola Secondaria di 1° grado "Fara" Via Fara, 32 - Tel. 0288440283	Scuola Secondaria di 1° grado "San Gregorio" Via San Gregorio, 5 - Tel. 0288440152

**I GENITORI SOTTOSCRIVENDO LE NOTE SOTTORIPORTATE
SONO CONSAPEVOLI CHE**

- La richiesta (**allegato MODELLO 1**) corredata da certificazione dello specialista/pediatra di libera scelta (**redatta secondo le informazioni di cui all'allegato MODELLO 2** sulla PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - EX DGR 6919/2017 emanata da Regione Lombardia ATS Milano) deve essere consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata per il tramite della segreteria;
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
- In caso di cambio di scuola il genitore deve presentare analoga richiesta al Dirigente Scolastico del nuovo Istituto frequentato dall'alunno;
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico;
- A conclusione dell'anno scolastico il genitore dovrà ritirare da scuola il farmaco;
- E' responsabilità del Genitore o esercente la potestà genitoriale ex artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., verificare la data di scadenza del farmaco e almeno 15 giorni prima della stessa, consegnare alle docenti della classe, al personale scolastico individuato per la somministrazione il nuovo farmaco;
- Eventuali variazioni vanno certificate dallo specialista e/o dal pediatra di libera scelta e comunicate tempestivamente sempre con apposita richiesta dal genitore all'Istituzione scolastica
- I genitori sollevano Il DS e il personale scolastico individuato per la somministrazione da ogni responsabilità civile/penale derivante dalla somministrazione, qualora la stessa non andasse a buon fine, non rientrando tale attività tra quelle soggette agli obblighi di vigilanza e di tutela ex art. 2048 c.c..
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro, con cui esercita congiuntamente la responsabilità genitoriale ex art.316 c.c., e di averlo informato in toto sulla richiesta di somministrazione farmaci a scuola inoltrata al DS

Firma _____

Data _____