

Il minore (Cognome) \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**NECESSITA**

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- patologia acuta

**Conseguentemente è prevista:**

- l'autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte dei genitori in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i: \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

- è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia: Centro Ricreativo Estivo 2024 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "Salvavita": (*descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Timbro e firma del Medico**

\_\_\_\_\_

**Modulo 02 – Richiesta di somministrazione farmaci e/o gestione dei dispositivi e/o presidi medici in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale o il tutore, curatore, amministratore di sostegno**

Alla Responsabile dell'Area Servizi Educativi

Alla Responsabile dell'ATI  
TRE EFFE Cooperativa Sociale Onlus  
Cooperativa Sociale META Onlus

I sottoscritti

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In qualità di:  genitori  soggetto che esercita la responsabilità genitoriale  tutore, curatore, amministratore di sostegno

Di

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

frequentante il Centro Ricreativo Estivo 2024

presso la Scuola dell'Infanzia / Scuola Primaria \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

**CHIEDE/ONO**

che sia somministrato al soggetto sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico / educativo resosi disponibile e adeguatamente formato, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie. Il personale individuato è sollevato da ogni responsabilità derivante dalla corretta somministrazione del seguente farmaco:

Da parte di:

Personale educativo e di supporto della struttura ospitante il soggetto

Minore / ragazzo stesso mediante auto somministrazione del/dei farmaco/i

Adulti individuati (specificare se somministrato dal genitore, soggetto che esercita la responsabilità genitoriale, nonni, parenti, altre figure delegate)

A tal fine

**SI IMPEGNA/NO A:**

- fornire al personale educativo incaricato del servizio frequentato dal minore il/i farmaco/i prescritto/i nel certificato medico, in confezione integra e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc);
- controllare la scadenza e rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- fornire il frigorifero se necessario per la corretta conservazione del farmaco, qualora la scuola non ne disponga per l'intero arco dell'orario scolastico o di apertura della struttura;
- comunicare tempestivamente, tramite documentazione medica, ogni variazione di terapia.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante (Modulo 01)**

Recapiti telefonici:

- Genitori \_\_\_\_\_
- Soggetto richiedente \_\_\_\_\_
- Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno \_\_\_\_\_
- Medico certificante \_\_\_\_\_
- Altri numeri utili \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firme

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.

**Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679**

I sottoscritti:

Madre: cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Padre: cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

in qualità di:

- genitore
- soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

del minore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**acconsentono** al trattamento dei dati personale e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza per il servizio Centro Ricreativo Estivo 2024;

**non acconsentono** al trattamento di dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza per il servizio Centro Ricreativo Estivo 2024.

**Il mancato consenso inficia la possibilità di proseguire nella pratica**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

\_\_\_\_\_

Nota:

Nel caso in cui la richiesta sia firmata da un solo genitore, questi deve autocertificare il consenso dell'altro.

**Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE.**

Si rinvia all'informativa pubblicata sul sito istituzionale del Comune di Muggiò, nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE", SOTTOSEZIONE "ALTRI CONTENUTI", "DATI ULTERIORI"