



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 1

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC di Villa d'Almè**

OGGETTO: Richiesta autorizzazione alla somministrazione di farmaci

I sottoscritti _____

in qualità di: genitori
 tutori
 affidatari

dello studente (cognome) _____ (nome)

nato il _____ a _____ e frequentante nell'anno scolastico _____ /
_____ la classe _____ presso _____,

DICHIARANO

che lo studente è affetto da _____

(come descritto nella dichiarazione medica allegata)

PREMESSO

- A. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente è in grado di provvedervi autonomamente;
- B. che la somministrazione del farmaco prescritto dal medico non è differibile in orario extra scolastico e che lo studente non è in grado di provvedervi autonomamente;
- C. che, in caso di urgenza, potrebbero presentarsi situazioni prevedibili descritte dal medico nella dichiarazione allegata quali: *(specificare le manifestazioni descritte nella dichiarazione medica)*

AUTORIZZANO

(barrare la/e casella/e)

- lo **studente stesso alla auto somministrazione** del/dei farmaco/i come indicato nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (**caso A**)
- il **personale individuato dalla scuola** a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico, secondo le modalità e la posologia indicate nella dichiarazione medica in allegato al presente modulo (**caso B**)

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

□ nel **caso di urgenza**, solo se si verificano le manifestazioni previste dal medico nella dichiarazione in allegato al presente modulo, il **personale individuato dalla scuola** a somministrare il farmaco prescritto in orario scolastico (**caso C**)

SOLLEVANDO

in tutti e tre i casi il personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

ALLEGANO:

1. dichiarazione rilasciata dal medico curante attestante la patologia, la descrizione del farmaco indispensabile per la malattia e per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia, le modalità di somministrazione e la dichiarazione che lo stesso può essere somministrato anche dal personale individuato*;
2. il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

CONSEGNANO:

1. Il farmaco specificando le modalità di conservazione

2. Altro

COMUNICANO

che i numeri di telefono utili sono:

Genitori, tutori, affidatari _____

Medico Curante _____

Firme dei genitori

Data _____

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 2

**Al Dirigente Scolastico
dell'IC di Villa d'Almè**

OGGETTO: Dichiarazione medico curante

Il sottoscritto dott. _____ medico curante dell'alunno
_____ nato a _____ il _____ che
frequenta la scuola _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

che lo studente è affetto da _____

e pertanto necessita, in orario scolastico, della somministrazione del seguente farmaco

_____ (nome commerciale)

- mediante auto-somministrazione da parte dello studente
- mediante somministrazione da parte del personale individuato in quanto lo studente non è in grado di provvedervi autonomamente.

nella seguente posologia _____

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione

INOLTRE DICHIARA

che in caso di urgenza i sintomi della crisi sono

che è necessario che venga somministrato allo studente il seguente farmaco

_____ (nome commerciale)

nella seguente posologia _____

e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione

INFINE DICHIARA

che il personale individuato somministra il farmaco in quanto lo stesso non comporta particolari inconvenienti dal punto di vista clinico.

Data _____

Firma _____

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 3

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E DEL D. LGS. 196 del 30/06/2003 E S.M.I.

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola

Gentili genitori, tutori, affidatari,

desidero informarVi che l'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 garantisce il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- a) il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza sullo studente (minorenne), nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche;
- b) la gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata;
- c) i dati saranno comunicati ai docenti di Classe;
- d) il titolare del trattamento è il Dirigente Scolastico Dott. Trevisan Tiziano;
- e) il responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico Dott. Trevisan Tiziano;
- f) ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dagli artt. 15-22 del GDPR, così come revocare il consenso prestato tramite una richiesta ai sensi dell'art. 7 par. 3 del medesimo Regolamento UE e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente.

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

(ART. 13 E 14 DEL GDPR 2016/679)

Preso atto dell'informativa, in materia di trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679,

I sottoscritti _____

in qualità di:

<input type="checkbox"/>	genitori
<input type="checkbox"/>	tutori
<input type="checkbox"/>	affidatari

dello studente (cognome) _____ (nome) _____

nato il _____ a _____ e frequentante nell'anno scolastico _____ / _____
la classe _____ presso _____,

- ACCONSENTONO**
 NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e di tutte le categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

In caso di firma di un Solo Genitore/tutore/affidatario: "Il/La sottoscritto/a, conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori."

Villa d'Almè, lì _____

FIRMA DEL GENITORE _____

Data _____



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 4

Luogo e data _____

Prot: _____/_____

Ai: docenti Classe _____

Collaboratori Scolastici

Si richiede ai docenti e collaboratori scolastici

in servizio presso la Scuola _____
di _____ la disponibilità o meno, per la somministrazione del farmaco
dell'alunno _____ classe _____

Docenti

Nome/Cognome	Firma	Si	No

Collaboratori Scolastici

Nome/Cognome	Firma	Si	No

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

Prot: _____/_____

Ai: Prof.ssoi Classe _____

Collaboratori Scolastici

e.p.c.

Coordinatore di Classe _____

Famiglia _____

Genitori di _____

OGGETTO:	AUTORIZZAZIONE	SOMMINISTRAZIONE	FARMACO
ALUNNO/A _____	_____	SCUOLA _____	CL _____

Vista la richiesta dei genitori di _____ della scuola _____ classe _____ presentata in data _____;

Vista la richiesta di disponibilità indirizzata dal sottoscritto ai docenti e collaboratori scolastici:

Vista la disponibilità alla somministrazione del farmaco, comunicata dai docenti e collaboratori scolastici:

Docenti:

Collaboratori Scolastici:

in data _____

Individua

I docenti e i collaboratori scolastici suddetti ad effettuare la somministrazione del farmaco

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 5

IL PRESENTE MODULO PUO' ESSERE AFFISSO NELLA BACHECA SICUREZZA

PIANO DI AZIONE GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO SALVAVITA

FASE ORGANIZZATIVA

Concluso l'iter di autorizzazione alla somministrazione di farmaco ed individuato il personale resosi disponibile, lo stesso attiverà la procedura organizzativa:

1. Il genitore, consegna al Referente Sicurezza _____/Coordinatore di Classe _____ una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare all'alunno nel caso in cui si verificasse l'evento previsto, come da certificazione medica consegnata presso la segreteria della scuola ed allegata in copia alle regole operative per ogni singolo alunno.
Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
2. Il Referente/Coordinatore su delega del Dirigente Scolastico, effettuato una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci, concertano che il luogo idoneo sarà _____
(indicare il luogo in cui sarà conservato in ogni scuola);
3. Il medicinale, conservato in luogo sicuro per gli alunni ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione, sarà depositato unitamente alle regole operative per ogni singolo alunno da cui si evinceranno i dati essenziali per la somministrazione ed i numero di telefono utili.

In caso di spostamento (es. palestra, visita, ecc..) di classe ospitante alunno che necessita della somministrazione farmaci, il personale della scuola dovrà munirsi di idoneo trasporto ai fini dello spostamento del farmaco con annesse regole operative.

FASE OPERATIVA

In caso di emergenza il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione.

Comportamenti del personale:

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

1. una persona per i contatti telefonici:
 - informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute;
 - chiama i genitori.
2. una persona per la somministrazione:
 - accudisce il bambino;
 - somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

Casi specifici:

CASO 1: Orario in cui **l'insegnante di classe si trova da sola** a gestire la classe ed **uno o più collaboratori scolastici in turno:**

1. L'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato (indicare il segnale concordato. Si possono incaricare anche gli alunni) e soccorre il bambino;
2. Il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante se custodito in luogo esterno alla classe altrimenti in attesa dell'arrivo del collaboratore l'insegnante prende il farmaco custodito in classe, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza. Nel frattempo viene attivata la squadra Primo Soccorso
3. L'insegnante/personale ATA che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco;
4. Il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori;

CASO 2: orario in cui **due insegnanti sono in contemporaneità** ed **uno o più collaboratori scolastici** in turno:

1. Un' insegnante soccorre il/la bambino/a;
2. L'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, (indicare il segnale concordato. Si possono incaricare anche gli alunni) in seguito attiva la squadra Primo Soccorso, chiama il 118 e i genitori;
3. Il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, se custodito in luogo esterno alla classe altrimenti in attesa dell'arrivo del collaboratore l'insegnante prende il farmaco custodito in classe riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza;
4. L'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 6

IL PRESENTE MODULO DEVE ESSERE CUSTODITO VICINO AL MEDICINALE

Prot. N

Agli insegnanti della classe

Ai collaboratori scolastici

Agli atti (fascicolo alunno)

e, p.c. Ai genitori

OGGETTO: PIANO DI ASSISTENZA ALUNNO

ANNO SCOLASTICO - SCUOLA CL

L'alunno che frequenta la classe del presente plesso scolastico, come da dichiarazione del medico curante, pervenuta presso la segreteria del presente Istituto, è soggetto a:

- Crisi epilettiche
- Allergie
- altro.....

che può causare

Gli insegnanti di classe ed il personale ausiliario devono attuare il seguente

PIANO DI ASSISTENZA.

➤ **ASSISTENZA**

Qualora l'alunno presentasse i sintomi di xxx in collaborazione con i collaboratori scolastici deve:

.....

.....

.....

.....

1. SOMMINISTRARE il farmaco commercialmente denominato:
.....
conservato presso:
2. IMMEDIATAMENTE telefonare al SUEM n.118 e richiedere un intervento urgente per
3. TELEFONARE AI GENITORI:

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

- a. Cellulare madre:
- b. Cellulare padre.....
- c. Abitazione.....
- d. Lavoro madre

Come da disponibilità comunicate si eleggono responsabili alla somministrazione:

Insegnanti di classe

Collaboratori scolastici

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 7

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE O FARMACO SALVAVITA

In data alle ore..... la/il sig. genitore dell'alunno/a frequentante la classe della scuola

consegna al Referente Sicurezza _____/Coordinatore di Classe _____ un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da somministrare al/alla bambino/a nelle seguenti modalità:

- ogni (*indicare la cadenza od il caso*)
- alle ore
- nella dose
- come da certificazione medica consegnata in segreteria, rilasciata in data dal dott.

Il genitore:

- Autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- Provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....
.....

Luogo e Data il

Il genitore _____

Il Referente Sicurezza/Coordinatore di Classe _____

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 8

**Genitori
Alunno**

.....
.....

VERBALE RESTITUZIONE MEDICINALE INDISPENSABILE O FARMACO SALVAVITA

In data alle ore la/il sig.
.....

consegna al genitore dell'alunno/a
.....

frequentante la classe della scuola
.....

un flacone nuovo ed integro del medicinale.....

Luogo e Data il

Il Referente Sicurezza/Coordinatore di Classe

Per accettazione ritiro
Il genitore

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo di Villa d'Almè

Via Monte Bastia, 10 - 24018 Villa d'Almè BG

Tel: 035 541223 - Fax: 035 636411

Codice Fiscale 80029050160 - Codice meccanografico BGIC889004

e-mail :bgic889004@istruzione.it - Web: www.icvilla.edu.it

PEC: bgic889004@pec.istruzione.it

ALLEGATO 9

**Ai responsabili
somministrazione della
Scuola**

.....

"PROSPETTO RIEPILOGATIVO"

**SITUAZIONE CHE HANNO RICHIESTO LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN
AMBITO SCOLASTICO**

Istituto

Scuola:

Indirizzo:

Telefono: Fax:

Data	Situazione verificatesi	Intervento effettuato e modalità	Criticità	Note

Luogo e Data il

DIRIGENTE SCOLASTICO

Marta Beatrice Rota

BGIC889004 - REGISTRO PROTOCOLLO - 0004833 - 25/10/2019 - 5.7 - U