

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO
SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dello studente/essa _____ nato/a
a _____, in data ____/____/____ residente in _____
Codice Fiscale _____

Considerata: l'assoluta necessità per il/la già menzionato/a studente/essa 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
- ☐ Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a

Borgosatollo (BS), ____/____/____

In fede
Timbro e Firma del Medico

PIANO TERAPEUTICO

Studente/essa

Cognome _____ Nome _____ Cod. Fiscale _____

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile: _____

☐ **A1) Necessita di somministrazione quotidiana:**

Orario e dose da somministrare:

☐ Mattina, h. _____, dose _____

☐ Pasto, ☐ prima ☐ dopo _____, dose _____

☐ Pomeriggio, h. _____, dose _____

Modalità di somministrazione del farmaco _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

☐ **A2) 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 ____/____/____

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 conservazione del farmaco: _____

Capacità dello studente/essa ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco: ☐ Sì ☐ No

Necessità di formazione specifica da parte di:

☐ AST ☐ Medico di Medicina Generale ☐ Pediatra di libera scelta

nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione ☐ Sì ☐ No

Durata della terapia: dal ____/____/____ al ____/____/____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte di

☐ AST

☐ Medico di Medicina Generale

☐ Pediatra di libera scelta

In fede

Timbro e Firma del Medico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI SCOLASTICI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Gentile
Dirigente Scolastica
IC Borgosatollo

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____,

☐ Genitore dell'alunno/a ☐ Esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a (Cognome e Nome)

_____, nato/a a _____ il ____/____/____

e residente a _____ in Via _____, che frequenta la classe

_____ sez _____ del Plesso _____

✍️ 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'AST _____ ☐ al Dott. _____,

in data ____/____/____;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore/dell'esercente la potestà genitoriale che a (barrare la scelta):

☐ mio/a figlio/a siano **somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico;

☐ 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 DS, e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi 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 DS, 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 Regolamento UE 2016/679.

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.

Borgosatollo, _____

In fede
firma del genitore
di chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a.

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO.

Al fascicolo personale dell'alunno/a di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/a

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare allo studente/essa

(Cognome e Nome) _____,
(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai Genitori)

In data ____/____/____ alle ore ____:____, il/la sig./sig.ra _____,

(barrare la voce che corrisponde) ☐ Genitore ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo/a

studente/essa (Cognome e Nome) _____, nato/a a _____

il ____/____/____ e residente a _____ in Via _____

che frequenta la classe _____ sez _____ del Plesso _____

consegna all'incaricato:

✓ Sig./Sig.ra _____, il/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare allo studente/essa come da Certificazione Medica e Piano Terapeutico consegnati in segreteria in data ____/____/____ e rilasciato dal (barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della AST _____

☐ medico pediatra di libera scelta Dott. _____

☐ medico di medicina generale Dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato “PIP”, nel seguente luogo:

con le seguenti modalità: _____

Il genitore/l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario.

Si impegna inoltre a rifornire la Scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Borgosatollo (BS),_____/_____/_____

Firma
dell'incaricato / Docente
