Allegato 1

DOMANDA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i
genitore/i - tutore/i dell'alunno/a
frequentante la classe
della scuola
nell'anno scolastico
Telefono fisso Telefono cellulare Telefono di. .....

vista la specifica patologia dell'alunno: ..... .

Richiede/ono

La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione o piano d'azione

- Allega Prescrizione/certificazione oppure
- Allega Piano d'Azione

Data FIRMA

RICHIESTA/AUTORIZZAZIONE

Al Dirigente Scolastico Prof. .....

Direzione Didattica /Istituto .....

.toscritti (padre).....e (madre).....
qualità di Genitori/Tutori del minore.....
;critto per l'anno scolastico.....presso la scuola/l'istituto.....
lasse/sezione.....

chiedono a codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

cognome e nome	qualifica
1)	.....
2)	.....
3)	.....
4)	.....

a seguire il percorso di formazione/addestramento, gestito da
.....
per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da prescrizione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento.
Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI NO

In fede (firma padre)..... (firma madre).....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)
Il sottoscritto .....genitore dell'alunno .....
dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente.....
Firma.....

Luogo .....data.....

Numeri di telefono utili:
- Medico curante(PLS/MMG) .....
- Genitore (padre).....
- Genitore (madre).....
- Altri numeri utili .....

Allegato 3

CERTIFICAZIONE/PRESCRIZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Si certifica per il minore

Cognome

Nome .....

Nato il a.....

Residente a .....

In via .....

Iscritto *c/o* la scuola .....

Classe .....

l'assoluta necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico il seguente farmaco, e pertanto si prescrive:

Nome commerciale del farmaco .....

Dose e modalità di somministrazione .....

Via di somministrazione .....

Orario 1^ dose..... .....2^dose ..... 3^ dose ..... 4^ dose .....

Durata terapia

dal a

oppure

Evento per il quale è prevista la somministrazione .....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Eventuali note .....

.....

Effetti collaterali .....

Luogo e data .....

Timbro e firma del medico

Allegato 4

RICHIESTA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO ALL'ASL TO 3

Il Dirigente Scolastico indirizza all'attenzione dell'ASL una richiesta di Informazione/Formazione/Addestramento per il personale scolastico.
Tale richiesta dovrà contenere allegati i seguenti documenti o copia degli stessi:

- richiesta/autorizzazione dei genitori
- documentazione medica riguardante l'alunno (certificazione/prescrizione o piano d'azione)
- disponibilità alla somministrazione dei farmaci ed alla formazione da parte del personale scolastico
- dichiarazione sull'individuazione del locale per la conservazione dei farmaci e dei materiali occorrenti, e la non accessibilità da parte degli altri alunni.

Allegato 5

Scheda riepilogativa sulle situazioni critiche verificatesi a scuola nel corso dell'anno scolastico

dell'alunno.....

data	situazione verificatasi	intervento effettuato dal personale

ALLEGATO 6

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....
Frequentante la classe.....scuola.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico | profilo professionale

....
....

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

1. **SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data

Firma Operatorio Sanitario | Firma Operatore Scolastico

2. **ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data

Firma Operatore Sanitario | Firma Operatore Scolastico

3. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data

Firma Operatore Sanitario Firma Operatore Scolastico

4. CHIUSURA PERCORSO

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

data..... Firma Operatore Sanitario

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento

data..... Firma Operatore Scolastico

5. AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

I sottoscritti con la presente, delegano ed autorizzano formalmente il personale scolastico di cui sopra all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del percorso di informazione/formazione e addestramento.

Firma (padre)..... firma(madre).....

Il Dirigente Scolastico

Allegato 7

2° RICHIESTA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO ALL'ASL: ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA

Il dirigente scolastico invia la richiesta di Attivazione della procedura alla ASL, facendo riferimento alla prima richiesta con la documentazione ivi allegata, e trasmettendo la **Scheda di Formazione in Situazione (allegato 6)** contenente:

- tipologia e tecnica dell'intervento
- dichiarazione del formatore di avvenuta formazione
- dichiarazione da parte dei soggetti formati di avvenuta formazione e disponibilità all'esecuzione della procedura
- delega e autorizzazione da parte dei genitori all'esecuzione della procedura

Allegato 8

FAC-SIMILE ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA

Oggetto:

In riferimento alla vostra lettera del..... recante in oggetto richiesta formazione/informazione/addestramento ed a quella del.....con oggetto:Richiesta Attivazione della procedura per la somministrazione di farmaci all'alunno..... da parte di personale scolastico , dopo aver visionato i documenti in esse allegati:

-Richiesta della Direzione Scolastica
-Piano d'azione o Certificazione/Prescrizione medica
-Richiesta-Autorizzazione dei genitori
-Scheda di Formazione in Situazione

Si conviene che potrà essere svolta opera di somministrazione dei farmaci e relative pratiche concernenti i bisogni sanitari specifici dell'alunno.....secondo il Piano d'azione o prescrizione/certificazione medica o progetto specifico d'intervento (in caso di problemi nella procedura o in assenza del personale scolastico incaricato la Direzione Scolastica ne darà comunicazione nel più breve tempo possibile alla famiglia per facilitarne l'intervento) secondo le linee guida del Ministero della Salute del 25/11/2005 e nel rispetto di quanto previsto dall'art.5 delle citate Linee Guida e del Protocollo della somministrazione dei farmaci a scuola.