

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

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Nido/Scuola d'infanzia comunale

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome),

Genitore/genitrice del/la bambino/a, (oppure) Esercente la
potestà genitoriale sul/lla bambino/a, nato/a
a..... il /..... /..... e residente a in
Via, che frequenta la sez. del Nido/ della
Scuola dell'Infanzia comunale

- consapevole del fatto che il personale educativo/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'Azienda USL ... /dal Dott., in data .../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale che a mio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal sopra citato Piano terapeutico.

Esprimo il consenso affinché il personale del nido/della scuola 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 Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute del/la bambino/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 Reg. UE 679/2016 (GDPR) e D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto/a, 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.

In fede,

Luogo _____ Data ___/___/___ Firma (1) _____

(1) Genitore/genitrice o chi esercita la potestà genitoriale per il bambino/la bambina

Allegato 3

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al Nido/Alla Scuola dell'Infanzia Comunale.....

Al/alla genitore/genitrice del/la bambino/a o chi ne esercita la responsabilità genitoriale

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare al bambino/alla bambina _____

(da conservare nel fascicolo personale del bambino/della bambina e da dare in copia ai genitori o a chi esercita la responsabilità genitoriale)

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

(barrare la voce che corrisponde)

genitore/genitrice del bambino/della bambina _____

esercente la potestà genitoriale sul bambino/sulla bambina _____

Nato/a _____, il ___/___/___ e residente a _____,

iscritto al Nido/alla Scuola dell'Infanzia comunale _____

sez. _____,

CONSEGNA

al/alla Sig./Sig.ra _____, in qualità di educatore/educatrice/insegnante del Nido/della Scuola un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare al bambino/alla bambina _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata presso la Scuola, rilasciata in data ___/___/___ dal
(barrare la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL _____

medico pediatra di libera scelta dott. _____

medico di medicina generale dott. _____

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico

▪ nel seguente luogo: _____

▪ con le seguenti modalità: _____

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

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

Luogo _____ Data ___/___/___

Firma dell'educatore/educatrice/insegnante

Firma del genitore/della genitrice/dell'esercente la responsabilità genitoriale

(da restituire compilata e sottoscritta)

Informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) e s.m.i. La Informiamo che il trattamento dei dati personali è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza. A tal fine Le forniamo le seguenti informazioni:

Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è il Comune di Firenze in persona del Sindaco pro tempore, con sede in Firenze Piazza delle Signora n.1 P.IVA 01307110484; sito web www.comune.fi.it.

Dati personali

I dati personali oggetto di trattamento sono i dati anagrafici del bambino/della bambina iscritto/a al nido/alla scuola dell'infanzia comunale e i dati relativi alla necessità, al tipo e al dosaggio dei farmaci che il/la bambino/a deve o potrebbe dover assumere durante l'orario scolastico e da cui è possibile desumere informazioni relative allo stato di salute dello/della stesso/a.

Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti saranno trattati unicamente allo scopo di consentire la somministrazione di farmaci da parte del personale non sanitario del Comune di Firenze (docenti o esecutori) durante l'orario scolastico e per la migliore gestione delle emergenze di carattere sanitario.

Modalità del trattamento

I dati saranno trattati, mediante trasmissione e archiviazione, con strumenti manuali, informatici e telematici con logiche di organizzazione ed elaborazione strettamente correlate alle finalità stesse e comunque in modo da garantire la sicurezza, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi nel rispetto delle misure organizzative, fisiche e logiche previste dalle disposizioni vigenti e da personale appositamente incaricato nel rispetto delle istruzioni e delle misure di sicurezza.

Comunicazione e diffusione

I dati non saranno oggetto di comunicazione né diffusione e non saranno trasferiti a soggetti terzi non residenti nell'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali.

Obbligatorietà del conferimento

Il conferimento dei dati è facoltativo e l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporterà l'impossibilità di somministrare i farmaci da parte del personale del Comune di Firenze (docenti ed esecutori) durante l'orario scolastico e della adeguata gestione dell'emergenza sanitaria.

Diritti dell'interessato

Lei potrà, in qualsiasi momento, esercitare i diritti: di richiedere maggiori informazioni in relazione ai contenuti della presente informativa; di accesso ai dati personali; di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano (nei casi previsti dalla normativa); di opporsi al trattamento (nei casi previsti dalla normativa); alla portabilità dei dati (nei casi previsti dalla normativa); di revocare il consenso, ove previsto: la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso conferito prima della revoca; di proporre reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy); di dare mandato a un organismo, un'organizzazione o un'associazione senza scopo di lucro per l'esercizio dei suoi diritti; di richiedere il risarcimento dei danni conseguenti alla violazione della normativa (art. 82).

L'esercizio dei suoi diritti potrà avvenire attraverso contatto diretto e/o invio di una richiesta anche mediante e-mail a:

Titolare: Comune di Firenze, Piazza della Signoria n. 1 Firenze – tel. 055/2768519 - protocollo@comune.fi.it

Sub-titolare: Direttore/trice Direzione Istruzione, Via Nicolodi n. 2 Firenze – tel. 055/2625755 - direzione.istruzione@comune.fi.it

Responsabile: Dott. Otello Cini - rpdpriacy@comune.fi.it

PEC cittametropolitana.fi@postacert.toscana.it

Contatto web : www.comune.fi.it

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di genitore/genitrice esercente la potestà sul bambino/a _____, dichiara di aver ricevuto la presente informativa e di prestare il consenso al trattamento dei dati personali anche sensibili del/della minore.

Data _____

Firma _____

PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
 - Mattina (h.) dose da somministrare
 - Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) 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/...../.....

(Oppure)

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 somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL
.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....