

Modulo 01 - Certificato medico per la somministrazione di farmaci e gestione dei dispositivi o presidi medici ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico

ai sensi dei punti 1 e 2, 6.1, 6.2, 6.3 del protocollo USP — ATS Brianza ASST Vimercate, Monza, Lecco.

Il minore (Cognome) _____

(Nome) _____

Nato il // _____ a _____ Prov. _____

Residente a _____

Via _____ n° _____ Prov. _____

Affetto da (Diagnosi e stato di malattia): _____

☐ PATOLOGIA CRONICA

☐ PATOLOGIA ACUTA (manifestazione acuta correlata a patologia cronica nota) che può manifestarsi con i seguenti sintomi (descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica):

☐ NECESSITA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O GESTIONE DEI DISPOSITIVI E/O PRESIDII MEDICI IN AMBITO SCOLASTICO e/o EDUCATIVO

(Da completare in caso di situazione complessa)

☐ La definizione di un piano di assistenza da parte dell'ASST territorialmente competente per la seguente situazione complessa:

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti;

NOME COMMERCIALE DEL/I FARMACO/I E PRINCIPIO ATTIVO

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE (orari, dose, via di somministrazione):

MODALITÀ DI CONSERVAZIONE (secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i FI):

☐ È prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero.

Durata della terapia (massimo un anno scolastico):

Prescrizione Adrenalina in caso di rischio di anafilassi

☐ SI ☐ NO

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

- ☐ Al Dirigente Scolastico
- ☐ Al Coordinatore dell'Asilo Nido
- ☐ Al Responsabile del Centro Ricreativo Estivo Diurno

della Scuola, Asilo Nido, centro ricreativo estivo (barrare la dizione pertinente)

COMUNE DI _____

Noi sottoscritti

Cognome _____ Nome _____

Cognome _____ Nome _____

In qualità di:

- ☐ genitori
- ☐ soggetto che esercita la responsabilità genitoriale
- ☐ tutore, curatore, amministratore di sostegno

di

Cognome _____ Nome _____

Nato il // _____ a _____ Prov. _____

frequentante la classe _____ sez. _____ presso la scuola/Asilo
Nido/Centro ricreativo estivo (denominazione)

sito in Via _____ n° _____, Comune di:

nell'anno scolastico _____

CHIEDONO

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 alla scuola/asilo nido/Centro ricreativo Scuola il farmaco/i farmaci prescritti 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/asilo nido/centro ricreativo estivo 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 _____

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO VILLASANTA

Via Villa, 5 - 20852 VILLASANTA (MB)

Tel. 039/23754320 - C.F. 94581360156

e-mail: mbic8dn006@istruzione.it - pec: mbic8dn006@pec.istruzione.it Sito:

www.icvillasanta.edu.it - Codice Univoco Ufficio: UFBLO5

INFORMATIVA PRIVACY

INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

[Ver. A012 del 01/09/2025]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti ?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: - Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovrintendere alla somministrazione richiesta; - Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori; - ASL/ATS/ASST per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale; - Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza; - Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente); - Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.); - Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto); - Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione); esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare, tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.
Cosa accade se non conferisco i miei dati ?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta
Cos'altro devo sapere ?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO VILLASANTA

Via Villa, 5 - 20852 VILLASANTA (MB)

Tel. 039/23754320 - C.F. 94581360156

e-mail: mbic8dn006@istruzione.it - pec: mbic8dn006@pec.istruzione.it Sito:

www.icvillasanta.edu.it - Codice Univoco Ufficio: UFBLO5

quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata.

Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail dpo@agicomstudio.it

Luogo e data

ALLIEVO _____ Classe _____ Sezione _____ Plesso _____

Cognome e nome 1° Genitore o Tutore

Firma (*)

Cognome e nome 2° Genitore

Firma

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.