

ISTITUTO COMPRENSIVO RENDE
Protocollo Farmaci a Scuola

ALLEGATO 1: Richiesta, Consenso Informato e Formale Manleva Analitica dei Genitori

1. ANAGRAFICA GENITORI E ALUNNO/A

Padre/Esercente: _____ Nato a: _____ il:

Madre/Esercente: _____ Nata a: _____ il:

In qualità di esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:

C.F.: _____ Classe/Sezione: _____ Plesso: _____

2. RICHIESTA, AUTOSOMMINISTRAZIONE E DICHIARAZIONI DI RESPONSABILITÀ

CHIEDONO:

☐ La somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le modalità dettagliate e prescritte **nell'attestazione medica allegata**, rilasciata dal Dott. _____ in data _____

☐ L'autorizzazione all'AUTOSOMMINISTRAZIONE del farmaco da parte dell'alunno/a in autonomia, sotto la supervisione e secondo le indicazioni prescrittive fornite dal medico curante nella **certificazione allegata**.

DICHIARANO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ ANALITICA:

- L'assoluta e oggettiva impossibilità di provvedere personalmente o tramite personale sanitario specializzato alla somministrazione/supporto del farmaco durante l'orario di lezione.
- Di prendere atto formalmente e inequivocabilmente che il personale scolastico (docente e/o ATA) NON possiede alcuna qualifica, titolo, abilitazione o competenza di natura medica, infermieristica o sanitaria.
- Di sollevare integralmente la scuola dall'obbligo di valutare la correttezza della prescrizione medica, impegnandosi ad attenersi rigidamente alle indicazioni scritte dal medico curante.
- Di autorizzare espressamente il personale scolastico ad eseguire la somministrazione materiale (o a vigilare sull'autosomministrazione) attenendosi esclusivamente alle istruzioni fornite.
- Di impegnarsi a consegnare preventivamente il farmaco in confezione integra, originale, sigillata, non scaduta e corredata di foglietto illustrativo e verbale di consegna.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente e per iscritto qualsiasi variazione di dosaggio, sospensione o interruzione della terapia prescritta, provvedendo al reintegro periodico.
- Di autorizzare il trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità connesse alla gestione della richiesta (ASL, Enti locali, Ministero) ai sensi del GDPR.

3. MANLEVA E ESONERO TOTALE DA RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE

AVVERTENZA CRITICA E MANLEVA ANALITICA: I genitori dichiarano espressamente di essere consapevoli di tutti i rischi connessi all'assenza di personale sanitario all'interno dell'istituzione scolastica e di autorizzare il trattamento secondo i protocolli dell'Istituto. Pertanto, nei massimi limiti consentiti dalla legge, i sottoscritti sollevano, manlevano e tengono indenni in via definitiva l'Istituto Scolastico, il Dirigente

Scolastico, i docenti, il personale ATA e l'intera comunità scolastica da qualsiasi responsabilità civile, penale, amministrativa, patrimoniale e risarcitoria. Tale esonero si estende a qualsiasi conseguenza dannosa, evento acuto, reazione avversa, effetto collaterale o aggravamento della patologia derivante sia dalla somministrazione/autosomministrazione del farmaco (anche se eseguita in perfetta conformità alle istruzioni mediche), sia da ritardi, omissioni o margini di errore materiale dovuti all'inesperienza sanitaria del personale o a imprevedibili emergenze cliniche in ambiente scolastico.

Firma del Padre / Esercente Resp. Genitoriale: _____

Firma della Madre / Esercente Resp. Genitoriale: _____

SI ALLEGA COPIA DELLA CARTA DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITÀ FIRMATA

ALLEGATO 2: Attestazione e Prescrizione Medica Analitica e Dettagliata

1. ATTESTAZIONE DIAGNOSI E PROFILO CLINICO

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ in qualità di Medico di Medicina Generale / Pediatra / Specialista, iscritto all'Ordine della Provincia di _____ al n. _____
Certifica che l'alunno/a: _____ Nato/a il: _____ Diagnosi clinica analitica /
Patologia: _____

2. PRESCRIZIONE TERAPEUTICA, MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE E AUTOSOMMINISTRAZIONE

Si rende indispensabile la disponibilità, la somministrazione o l'autosomministrazione del seguente farmaco durante l'orario scolastico:

- Nome commerciale e principio attivo: _____
- Forma farmaceutica e dosaggio: _____
- Via di somministrazione: ☐ Orale ☐ Intramuscolare ☐ Sottocutanea ☐ Altra (specificare): _____
- Orario preciso / Condizioni d'uso: _____
- Durata terapia: dal _____ al _____

DESCRIZIONE ANALITICA ESTESA DELLE OPERAZIONI DI SOMMINISTRAZIONE E GESTIONE (compilazione a cura del Medico):

INDICAZIONI DETTAGLIATE PER SITUAZIONI DI EMERGENZA O REAZIONI AVVERSE:

3. ATTESTAZIONE MEDICA SULL'IDONEITÀ E LIMITI DEL PERSONALE SCOLASTICO

Il sottoscritto medico dichiara sotto la propria responsabilità professionale che la terapia prescritta:
☐ Può essere eseguita mediante semplici atti materiali da parte di personale scolastico comune (docente o ATA) preventivamente informato, non richiedendo competenze infermieristiche specialistiche complesse o manovre medico-chirurgiche invasive (pur ribadendolo che detto personale è privo di qualsiasi qualifica sanitaria).

☐ Prevede l'autosomministrazione autonoma o guidata da parte dell'alunno sotto la supervisione formativa del personale scolastico.

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO _____

Recapito telefonico / Studio Medico: _____

ALLEGATO 3: Verbale di Consegna e Ricezione del Farmaco a Scuola

1. DATI DI CONSEGNA E RIFERIMENTI

In data: _____ Alle ore: _____ Plesso scolastico: _____
Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale: _____
consegna al personale scolastico (incaricato alla ricezione): _____
Qualifica: _____

2. DICHIARAZIONE DI CONSEGNA E VERIFICA DELLO STATO DEL FARMACO

Il genitore consegna formalmente all'istituto il seguente presidio farmaceutico destinato all'alunno/a:

Denominazione Farmaco / Presidio	Dosaggio / Formato	Numero Lotto	Data Scadenza	Integrità
-------------------------------------	--------------------	--------------	---------------	-----------

3. CONDIZIONI DI CONSERVAZIONE E IMPEGNI RECIPROCI

1. Il personale scolastico prende in consegna il farmaco esclusivamente per la custodia temporanea nell'apposito apprestamento dedicato, confermando che lo stesso verrà conservato secondo le indicazioni del medico.
2. I genitori dichiarano di aver verificato personalmente la validità del farmaco e si obbligano a ritirarlo tempestivamente alla scadenza o al termine dell'anno scolastico.
3. La ricezione del farmaco e la custodia dello stesso non implicano in alcun modo l'assunzione di responsabilità cliniche o professionali da parte del personale ricevente o della scuola.

Firma del Genitore Consegnante: _____ Firma del Personale Scolastico Ricevente:

ALLEGATO 4: Dichiarazione di Disponibilità e Contestuale Manleva del Personale Scolastico

1. ANAGRAFICA E QUALIFICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a: _____

In qualità di: ☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico

Plesso / Ordine di Scuola: ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I Grado - Nome Plesso: _____

Il/La sottoscritto/a: _____

In qualità di: ☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico

Plesso / Ordine di Scuola: ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I Grado - Nome Plesso: _____

Il/La sottoscritto/a: _____

In qualità di: ☐ Docente ☐ Collaboratore scolastico

Plesso / Ordine di Scuola: ☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I Grado - Nome Plesso: _____

2. RIFERIMENTI DELL'ALUNNO E PRESA VISIONE SANITARIA

Considerata la richiesta dei genitori/tutori dell'alunno/a: _____

Classe/Sezione: _____ Plesso: _____

Formazione Primo Soccorso acquisita: ☐ SI ☐ NO | Presa visione della documentazione sanitaria prodotta dalla famiglia.

3. DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ E IMPEGNI OPERATIVI

1. Disponibilità Volontaria: Si dichiara la propria disponibilità alla somministrazione/supporto del farmaco secondo le prescrizioni mediche e la documentazione sanitaria consegnata dalla famiglia e validata dall'Istituto.

2. Esclusione di Competenze Cliniche: L'operatore non assume alcuna responsabilità relativa alla diagnosi o alla prescrizione, che rimangono di esclusiva competenza del medico e dei genitori.

3. Impegni della Famiglia: Si prende atto che la famiglia si impegna a fornire farmaci integri, non scaduti e regolarmente corredati di prescrizione medica.

4. CLAUSOLA DI MANLEVA E ESONERO DA RESPONSABILITÀ

AVVERTENZA E MANLEVA: I genitori/tutori dell'alunno/a dichiarano di essere consapevoli che il personale scolastico che si rende disponibile opera nell'ambito delle proprie funzioni e secondo le procedure autorizzate dall'Istituto.

Pertanto, nei limiti consentiti dalla normativa vigente, i genitori/tutori dichiarano di sollevare e manlevare l'Istituto, il Dirigente e il personale scolastico da responsabilità e pretese derivanti da conseguenze imprevedibili o non imputabili alla condotta del personale stesso, nonché da eventuali effetti o reazioni derivanti dalla patologia, dalla terapia o dal farmaco correttamente somministrato secondo le prescrizioni e le procedure previste.

Firma dei Genitori / Esercenti la Responsabilità Genitoriale: _____

Firma del Docente / Collaboratore Scolastico (Accettante): _____

Firma del Docente / Collaboratore Scolastico (Accettante): _____

Firma del Docente / Collaboratore Scolastico (Accettante): _____

ALLEGATO 3 — PRESA VISIONE E DISPONIBILITÀ VOLONTARIA DEL PERSONALE
(Modello da sottoscrivere a cura del Consiglio di Classe e Personale ATA del Plesso)

Plesso: _____ **Classe/Sezione:** _____

Alunno/a: _____

SEZIONE A — PRESA VISIONE E NOTIFICA D'UFFICIO (OBBLIGATORIA PER TUTTO IL PERSONALE DELLA CLASSE)

I sottoscritti docenti e collaboratori scolastici **dichiara di aver preso visione e piena conoscenza** del Piano di Intervento e della documentazione medica dell'alunno/a in indirizzo, assumendo gli obblighi di vigilanza, riconoscimento dei sintomi di allarme e attivazione immediata delle procedure di emergenza/118 ex art. 2048 c.c. e art. 593 c.p.

Nome e Cognome	Ruolo (Docente/ATA)	Data	Firma per Presa Visione
1. _____	Docente		
2. _____	Docente		
3. _____	Docente		
4. _____	Docente		
	Docente		
	Docente		
	Docente		
	Docente		
	Docente		

Nota: Ai sensi della Direttiva Dirigenziale, la notifica inviata via Registro Elettronico/PEC perfeziona la conoscenza legale; l'eventuale mancata apposizione della firma autografa non costituisce difetto di notifica né esime dai doveri di vigilanza e soccorso.

