

FARMACO SALVAVITA

(il seguente modulo ha validità annuale)

*Se un bambino deve assumere un farmaco salvavita,
in dose prestabilita è necessario procedere secondo le indicazioni sotto descritte:*

SCUOLA

Bambino

Nome
Cognome
Data di nascita

Madre / tutore

Nome
Cognome
Indirizzo
Località
Telefono
Altri eventuali recapiti telefonici

Firma del genitore / tutore

Padre / tutore

Nome
Cognome
Indirizzo
Località
Telefono
Altri eventuali recapiti telefonici

Firma del genitore / tutore

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

N.B.:

- Per la somministrazione del farmaco prescritto non occorre la presenza di una figura sanitaria.
- Il personale della scuola non è in possesso delle conoscenze ed delle abilitazioni sanitarie.
- In caso di terapie iniettive E'POSSIBILE SOLO l'uso di penne preriempite.

Si prega di compilare il modulo nella parte relativa ai sintomi NON accettabili al fine di consentire al personale di gestire al meglio la situazione di emergenza/urgenza e allertare il 118.

Descrizione del farmaco	
Nome commerciale	
Modo d'uso	
Posologia/Dose	
Modalità di conservazione	
Note eventuali	

L'uso del farmaco è differibile?

SI

NO

Descrizione sintomatologia rilevabile dal personale della scuola:

Descrizione dettagliata dell'eventuale emergenza/urgenza che si può manifestare (descrizione dei sintomi o delle situazioni a cui prestare attenzione):

1. Che richiedono l'uso del farmaco:

2. Che si presentino dopo l'uso del farmaco:

3. Che impongono di allertare il 118:

Certificazione della patologia del bambino (da compilarsi in ogni caso)

Medico curante

Nome	
Cognome	
Indirizzo	
Località	
Telefono	
Altri eventuali recapiti telefonici	
Timbro e firma del Medico curante	

Si acconsente al trattamento dei dati personali conferiti nel presente modulo e si dichiara di aver preso visione dell'informativa riportata in calce.

Data _____

Firma del padre/tutore _____

Firma della madre/tutore _____

*In caso di sottoscrizione di uno solo degli esercenti la responsabilità genitoriale, con la presente sottoscrizione il firmatario dichiara di esercitare congiuntamente tale responsabilità, ovvero di essere l'unico esercente la stessa, esonerando da ogni responsabilità l'altro genitore per ogni atto conseguente alla mendace affermazione. **In caso di esercizio della responsabilità disgiunta sarà indispensabile la sottoscrizione di entrambi gli esercenti tale responsabilità.***

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679.

Il Comune di Verona, in qualità di titolare (con sede in Piazza Bra, 1 – 37121 Verona; email: protocollo.informatico@comune.verona.it), nell'ambito dei propri compiti di interesse pubblico, tratterà, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, i dati personali all'atto dell'iscrizione del minore alla SCUOLA DELL'INFANZIA COMUNALE, compresi quelli rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679, al fine di procedere nei casi necessari e nelle modalità prestabilite alla somministrazione al minore di un farmaco salvavita da parte del personale in servizio al Servizio Nidi e Scuole per l'Infanzia

Il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto in mancanza non sarà possibile procedere a quanto sopra.

I dati saranno trattati da parte del personale del Comune di Verona per tutto il tempo di frequenza del minore alla scuola e successivamente verranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Gli interessati possono esercitare i diritti previsti dagli art. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679. L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della Protezione dei Dati personali, email: rpd@comune.verona.it.

**ESONERO DI RESPONSABILITÀ A FAVORE DELLE INSEGNANTI PER L'USO DI FARMACI NEI
CONFRONTI DI MINORI**

I sottoscritti _____ e _____ genitori/ tutori
del bambino/a _____
affetto dalla patologia di cui all'allegato certificato medico _____
frequentante la scuola _____

DICHIARANO

- 1) di essere a conoscenza che il personale educativo della suddetta scuola non è in possesso delle competenze ed abilitazioni sanitarie necessarie per la somministrazione in via continuativa o occasionale di farmaci e di essere a conoscenza altresì che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale educativo;
- 2) di essere informati che il Comune di Verona, disponendo di personale educativo non in possesso di competenze ed abilitazioni sanitarie, non si assume alcuna responsabilità al riguardo;

AUTORIZZANO

il personale della struttura educativa ad utilizzare il farmaco salvavita per il/la proprio/a figlio/a nella posologia e nel dosaggio indicato dal Medico curante;

SOLLEVANO

pertanto, da ogni responsabilità il Comune di Verona e tutto il personale che, in caso di emergenza, dovesse intervenire con l'utilizzo del farmaco consegnato alla scuola con le relative indicazioni del Medico Curante nei confronti del proprio figlio/figlia minore, nonché da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Chiedono che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione in considerazione del fatto che entrambi i genitori sono impossibilitati a realizzarla, indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegata a questo tipo di intervento: _____

Data _____

Firma del padre/tutore _____

Firma della madre/tutore _____

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

È valido l'invio per "via telematica" solo se la dichiarazione è sottoscritta mediante la firma digitale o quando il sottoscrittore è identificato dal sistema informatico con l'uso della carta d'identità elettronica.