



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:

DOPOSCUOLA _____

BAMBINO/A

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita _____

GENITORE/TITOLARE DELLA RESPONSABILITA' GENITORIALE

Nome _____
Cognome _____
Indirizzo _____
Telefono _____ Mail _____

N.B.:

- Per la somministrazione del farmaco prescritto **non occorre** la presenza di una figura sanitaria.
- **Il personale del doposcuola non è in possesso delle conoscenze e delle abilitazioni sanitarie.**
- In caso di terapie iniettive E'POSSIBILE SOLO l'uso di **penne pre-riempite**.

DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

DESCRIZIONE DEL FARMACO

<u>Nome commerciale</u>	
<u>Modo d'uso</u>	
<u>Posologia/Dose</u>	
<u>Modalità di conservazione</u>	
<u>Note</u>	



Aribandus

Cooperativa
Sociale
Onlus

L'uso del farmaco è differibile? SI NO

CERTIFICAZIONE DELLA PATOLOGIA DEL BAMBINO

--

DESCRIZIONE SINTOMATOLOGIA RILEVABILE DAL PERSONALE DEL DOPOSCUOLA

Descrizione dell'eventuale emergenza/urgenza che si può manifestare (descrizione dei sintomi o delle situazioni a cui prestare attenzione) al fine di consentire al personale di gestire al meglio la situazione di emergenza/urgenza e allertare il 118:

<u>Che richiede l'uso del farmaco</u>	
<u>Che si presenta dopo l'uso del farmaco</u>	
<u>Che impone di allertare il 118</u>	

MEDICO CURANTE

Nome _____
Cognome _____
Indirizzo _____
Telefono _____ Telefono _____

Timbro e firma del medico curante _____



Aribandus

Cooperativa
Sociale
Onlus

Ai sensi dell'art. 13 del RGPD sono informato che:

- a) I dati personali, compresi quelli rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 19 del RGPD, relativi a mio figlio/a, forniti nel presente modulo all'atto dell'iscrizione al doposcuola, verranno trattati al fine di procedere con l'uso del farmaco salvavita nei casi necessari e nelle modalità prestabilite;
- b) Il conferimento è obbligatorio in quanto in mancanza non sarà possibile procedere a quanto sopra;
- c) I dati saranno trattati per tutto il tempo di frequenza del doposcuola e successivamente verranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- d) Il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi, a cura dei soggetti espressamente nominati come responsabili del trattamento.
- e) Di avere il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del RGPD).
- f) Titolare del trattamento è la cooperativa sociale Aribandus (via D. Morelli, 17 – 37138 Verona; tel. 045564362; mail: info@aribandus.com).
- g) Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121, IT – 00186 Roma) quale autorità di controllo nazionale secondo le procedure previste (art. 57, par. 1, lettera f), RGPD).

Si autorizza pertanto il trattamento dei dati nel modo suddetto.

Data _____

Firma del genitore/titolare della responsabilità genitoriale



Aribandus

Cooperativa
Sociale
Onlus

ESONERO DI RESPONSABILITÀ A FAVORE DEGLI EDUCATORI PER L'USO DI FARMACI NEI CONFRONTI DI MINORI

Il/la sottoscritto/a _____
genitore/titolare della responsabilità genitoriale del bambino _____
affetto dalla patologia di cui all'allegato certificato medico _____
frequentante il doposcuola _____

DICHIARA

- 1) di essere a conoscenza che i coordinatori e gli educatori del suddetto servizio di doposcuola non sono in possesso delle competenze ed abilitazioni sanitarie necessarie per la somministrazione in via continuativa o occasionale di farmaci;
- 2) di essere informati che la Aribandus Cooperativa Sociale Onlus scarl, che gestisce il servizio, disponendo di personale educativo non in possesso di competenze ed abilitazioni sanitarie, non si assume alcuna responsabilità al riguardo;

AUTORIZZA

i coordinatori ed educatori ad utilizzare il farmaco salvavita per il/la proprio/a figlio/a nella posologia e nel dosaggio indicato dal Medico curante;

SOLLEVA

pertanto da ogni responsabilità i coordinatori ed educatori che, in caso di emergenza, dovessero 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 del doposcuola 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:

cell. _____

cell. _____

Data _____

Firma del genitore/titolare della responsabilità genitoriale
