

Allegato 1

RICHIESTA/DICHIARAZIONE DEI GENITORI AL DIRIGENTE /COORDINATORE

Al Dirigente/Coordinatore

Dr./Dr.ssa _____

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Circolo Pedagogico

I sottoscritti genitori (devono compilare e firmare entrambi)

Signor/a nato il a

Signor/a nato il a

Genitori/Tutori del minore nato il a

iscritto per l'anno scolastico presso la scuola/nido/materna..... classe/sezione.....

Indirizzo sede frequentata dal minore

vista la specifica patologia del minore _____ (riportare la diagnosi)

DICHIARANO

di essere stati adeguatamente informati dal Dirigente/Coordinatore/Referente sui contenuti dell'Accordo Inter-Istituzionale, di aver preso direttamente visione dell'Accordo, e di averne compreso e accettato tutte le condizioni previste; pertanto

CHIEDONO a Codesta Direzione di attivare la procedura per :

(Barrare la/e voce/i che interessa/no)

- ☐ la somministrazione del/i farmaco/i - intervento specifico
- ☐ l'affiancamento e/o la vigilanza nell'auto-somministrazione del farmaco/esecuzione dell'intervento specifico, realizzato dallo stesso minore

COME

- ☐ 1° ATTIVAZIONE ☐ AGGIORNAMENTO TERAPEUTICO ☐ SOSTITUZIONE TUTOR

E ALLEGANO ALLEGATO 3 - PRESCRIZIONE/CERTIFICAZIONE MEDICA

ATTESTANTE

LA TERAPIA FARMACOLOGICA RICHIESTA

E/O

L'INTERVENTO SPECIFICO NECESSARIO IN ORARIO SCOLASTICO

NOME del MEDICO CURANTE DEL MINORE:

- ☐ Pediatra Libera Scelta ☐ Medico Medicina Generale ☐ Medico ISI (per i soggetti con tessera STP/ENI)

ALLEGANO ANCHE

I PROPRI DOCUMENTI DI IDENTITA' E LA TESSERA SSN/ENI/STP DEL MINORE in corso di validità, E DICHIARANO DI ESSERE COSTANTEMENTE RAGGIUNGIBILI AI SEGUENTI RECAPITI TELEFONICI

FIRMA LEGGIBILE E NUMERO DI TELEFONO DI CIASCUN GENITORE

Data, _____

Allegato 2

RICHIESTA/DELEGA/LIBERATORIA DEI GENITORI

Al Dirigente/Coordinatore

Dr./Dr.ssa

Direzione Didattica/Istituto Comprensivo/Circolo Pedagogico

I sottoscritti genitori (devono compilare e firmare entrambi)

Signor/a nato il a

Signor/a nato il a

Genitori/Tutori del minore nato il a

a seguito di richiesta di attivazione della procedura, come da All.1, **chiedono a Codesta Direzione:**

a) di autorizzare il seguente personale scolastico:

COGNOME E NOME
COMPLETO, CORRETTO E **PERFETTAMENTE CORRISPONDENTE** A QUELLO REGISTRATO
SUL RELATIVO ATTESTATO DELLA FORMAZIONE GENERALE ONLINE

QUALIFICA

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per la somministrazione farmaco/l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione/certificazione medica in allegato;

b) di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire in orario scolastico la somministrazione farmaco/esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute del minore.

I sottoscritti, con la presente:

- **delegano formalmente** il personale scolastico sopra elencato all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento e **nel rispetto della prescrizione medica**;
- **acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili** ai sensi della normativa vigente in materia (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare anche lo stato di salute);
- **autorizzano all'attivazione della rete territoriale/ospedaliera** da parte dei servizi sanitari coinvolti, al fine di garantire l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi erogati al minore;
- **sono consapevoli** di poter revocare il presente consenso e la presente delega in qualsiasi momento, dandone formale comunicazione al Dirigente/Coordinatore.

Firma di **entrambi** i genitori..... e

ATTENZIONE

In caso di GENITORE SOLO, cioè giuridicamente UNICO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE (es. genitore vedovo, nucleo monoparentale, ecc.), deve essere compilato anche l'All. 2/B.

Data

Allegato 2/A

DELEGA RECIPROCA DI CIASCUN GENITORE ALL'ALTRO GENITORE

Il sottoscritto _____ nato a _____ in data _____
 in qualità di genitore del minore _____
 che frequenta il Nido/Scuola/Istituto _____
 sita in Torino, via/p.za _____ n° _____ nella sezione/classe _____

a seguito della richiesta di attivazione della procedura per la gestione dei bisogni speciali del minore in orario scolastico, ai sensi della DGR 50-7641/2014 e come da Accordo Inter-Istituzionale cittadino,

delega l'altro genitore, Sig./Sig.ra _____
 ad assumere tutte le decisioni e a svolgere tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Istituzioni Scolastiche/Educative e ASL Città di Torino, per l'anno scolastico in corso.
 A tal fine allega copia del proprio documento di identità n. _____ in corso di validità.

FIRMA GENITORE 1

DATA, _____

Il sottoscritto _____ nato a _____ in data _____
 in qualità di genitore del minore _____
 che frequenta il Nido/Scuola/Istituto _____
 sita in Torino, via/p.za _____ n° _____ nella sezione/classe _____

a seguito della richiesta di attivazione della procedura per la gestione dei bisogni speciali del minore in orario scolastico, ai sensi della DGR 50-7641/2014 e come da Accordo Inter-Istituzionale cittadino,

delega l'altro genitore, Sig./Sig.ra _____
 ad assumere tutte le decisioni e a svolgere tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Istituzioni Scolastiche/Educative e ASL Città di Torino, per l'anno scolastico in corso.
 A tal fine allega copia del proprio documento di identità n. _____ in corso di validità.

FIRMA GENITORE 2

DATA, _____

Allegato 2/B

DICHIARAZIONE DEL GENITORE SOLO / UNICO FIRMATARIO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
genitore del minore _____ nato a _____ il _____
che frequenta il Nido/Scuola/Istituto _____
sito in Torino, via/P.zza _____ n° _____ nella sezione/classe _____

a seguito della richiesta di attivazione della procedura per la gestione dei bisogni speciali del minore in orario scolastico, ai sensi della DGR 50-7641/2014 e come da Accordo Inter-Istituzionale cittadino,

consapevole delle implicazioni anche penali di una falsa dichiarazione

DICHIARA sotto la propria responsabilità

- ☐ che l'altro genitore è assente/NON esercente la responsabilità genitoriale, e che quindi le decisioni inerenti lo svolgimento di tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Scuola e ASL Città di Torino per l'anno scolastico in corso, sono in capo al solo genitore di seguito firmatario

OPPURE

- ☐ che l'altro genitore è assolutamente irraggiungibile e/o impossibilitato a firmare, per incapacità o altro impedimento, e che le decisioni inerenti lo svolgimento di tutte le attività di competenza e responsabilità genitoriale, necessarie e richieste durante l'intero percorso di presa in carico del minore in orario scolastico, concordato tra Scuola e ASL Città di Torino per l'anno scolastico in corso, sono assunte dal genitore firmatario anche a nome dell'altro genitore;

e

ALLEGA copia del proprio documento di identità

n. _____ in corso di validità.

FIRMA GENITORE _____

DATA _____

Cgl *oe*
Allegato 5

SCHEMA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA/PLESSO _____ CLASSE/SEZIONE _____ A.S. ____/____

■ c/o scuola del minore/altra sede _____ via _____

■ di gruppo, presso la sede _____ via _____

IL MINORE

è autonomo per:

controllo della glicemia per via capillare **NO / SI**

calcolo di Unità Insulina **NO / SI**

somministrazione di insulina **NO / SI**

calcolo del dosaggio carboidrati **NO / SI**

altro (specificare) _____

è portatore di:

monitoraggio continuo della glicemia **NO / SI**

microinfusore **NO / SI**

Penna Intelligente **NO / SI**

altro dispositivo terapeutico (specificare) _____ **NO / SI**

Il genitore del minore è stato dichiarato idoneo dal Centro Specialistico a dare indicazioni sulle variazioni della terapia **NO / SI** - come da All.3 del ____/____/____ dal titolo “ _____ ”

FASI DELL'INTERVENTO FORMATIVO E DELLA VERIFICA DI APPRENDIMENTO:

Fase preliminare

Refresh sulle conoscenze teoriche in merito alla patologia oggetto della formazione: meccanismi generali eziopatogenetici; prevenzione evento acuto; riconoscimento di segni e sintomi e gestione dell'evento acuto; gestione emergenza ed attivazione del Servizio Emergenza 112.

Fasi dell'addestramento pratico:

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO DELLA CORRETTA TECNICA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/REALIZZAZIONE INTERVENTO
2. ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO
3. ESECUZIONE TECNICA AUTONOMA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO
4. CHIUSURA PERCORSO

Formazione pratica avvenuta su All. 3 del _____ dal titolo “ _____ ”

N.B. Si ricorda ai genitori e al personale scolastico di verificare che l'allegato 3 in uso alla scuola sia sempre quello più aggiornato, e sia accompagnato dalla/e pagina/e contenente/i gli specifici schemi tecnici illustrati, se previsti.

01DP *AE*

Allegato 5

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA/PLESSO _____ CLASSE/SEZIONE _____ A.S. ____/____

NOTE

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dei seguenti tutor scolastici.

I TUTOR

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, i sottoscritti si dichiarano disponibili ed in grado di eseguire autonomamente l'intervento oggetto della formazione..

Nomi e Cognomi dei Tutor scolastici	Profili Professionali	Firme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nomi e Firme del PERSONALE SANITARIO FORMATORE

I GENITORI

concordano e sottoscrivono la chiusura del percorso di formazione preliminare/addestramento, e confermano la delega al personale scolastico/tutor di cui sopra per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico.

Firma genitore _____ Firma genitore _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE PEDAGOGICO/DIDATTICO/SUO DELEGATO
concorda e sottoscrive

Nome e Cognome _____ FIRMA _____

Data ____/____/____

Allegato 5/Formazione Standard

SCHEMA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

SEDE INTERVENTO FORMATIVO: _____ **VIA** _____

PATOLOGIA OGGETTO DELL'INTERVENTO FORMATIVO:

- ☐ ALLERGIE ALIMENTARI
- ☐ ANAFILASSI
- ☐ ASMA BRONCHIALE
- ☐ ASMA DA SFORZO
- ☐ CRISI CONVULSIVE
- ☐ DIABETE
- ☐ ALTRO _____

FASI DELL'INTERVENTO FORMATIVO E DELLA VERIFICA DI APPRENDIMENTO:

Fase preliminare

Refresh sulle conoscenze teoriche in merito alla patologia oggetto della formazione: meccanismi generali eziopatogenetici; prevenzione evento acuto; riconoscimento di segni e sintomi e gestione dell'evento acuto; gestione emergenza ed attivazione del Servizio Emergenza 112.

Fasi dell'addestramento pratico:

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO DELLA CORRETTA TECNICA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/REALIZZAZIONE INTERVENTO
2. ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO
3. ESECUZIONE TECNICA AUTONOMA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO
4. CHIUSURA PERCORSO

Formazione pratica avvenuta su All. 3 del _____ dal titolo " _____ "

N.B. Si ricorda ai genitori e al personale scolastico di verificare che l'allegato 3 in uso alla scuola sia sempre quello più aggiornato, e sia accompagnato dalla/e pagina/e contenente/i gli specifici schemi tecnici illustrati, se previsti.

NOTE

Allegato 5/Formazione Standard

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

SI DICHIARA CONCLUSO IL PERCORSO DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO E SI RICONOSCE IL RAGGIUNGIMENTO DELLA PIENA AUTONOMIA DELL'OPERATORE SCOLASTICO DI SEGUITO ELENCATO.

Nomi e Firme del PERSONALE SANITARIO FORMATORE

I TUTOR SCOLASTICI

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, si dichiarano disponibili ed in grado di eseguire autonomamente l'intervento oggetto di formazione, come tutor del minore.

Nomi e Cognomi dei Tutor scolastici	Profili Professionali	Firme
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

I GENITORI

concordano e sottoscrivono la chiusura del percorso di formazione preliminare/addestramento, e confermano la delega al personale scolastico/tutor di cui sopra per la somministrazione farmaci/l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico.

Firma genitore..... Firma genitore.....

ALTRI EVENTUALI PRESENTI

NOME E COGNOME	QUALIFICA	FIRMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE PEDAGOGICO/DIDATTICO/SUO DELEGATO
concorda e sottoscrive.

Nome e Cognome _____ FIRMA _____

Data ____/____/____

Allegato 5/ FORMAZIONE NON STANDARD

SCHEMA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

Nome e Cognome del TUTOR scolastico _____

Profilo professionale _____

Il minore:

- ☐ è affetto da: _____
- ☐ necessita di: _____
- ☐ è portatore di: _____
- ☐ altro (specificare): _____
- ☐ è autonomo per: _____

INTERVENTO FORMATIVO per la gestione di:

- ☐ Terapia insulinica con _____
- ☐ Crisi asmatica
- ☐ Crisi convulsiva
- ☐ Allergia a _____
- ☐ Anafilassi
- ☐ Nutrizione/Irratazione Enterale tramite PEG
- ☐ Aspirazione orofaringea
- ☐ Aspirazione endotracheale
- ☐ Cateterismo Vescicale
- ☐ Altro _____

INTERVENTO FORMATIVO del tutor come:

- ☐ Gestione diretta
- ☐ Supervisione
- ☐ Altro _____

Formazione pratica avvenuta su All. 3 del _____ dal titolo " _____ "

FASI DELL'INTERVENTO FORMATIVO e della VERIFICA DI APPRENDIMENTO:

- 1) SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO DELLA CORRETTA TECNICA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/REALIZZAZIONE INTERVENTO
- 2) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO
- 3) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO
- 4) CHIUSURA PERCORSO

Allegato 5/ FORMAZIONE NON STANDARD

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

Nome e Cognome del TUTOR scolastico _____

Profilo professionale _____

1) SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO FORMATORE

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

Allegato 5/ FORMAZIONE NON STANDARD

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

Nome e Cognome del TUTOR scolastico _____

Profilo professionale _____

2) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO FORMATORE

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

Allegato 5/ FORMAZIONE NON STANDARD

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

Nome e Cognome del TUTOR scolastico _____

Profilo professionale _____

3) ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

DATA ____/____/____

Note.....

Firma Sanitario Formatore _____ Firma Tutor Scolastico _____

Firma genitore/i se presente/i _____

Nomi altri eventuali presenti: _____ Qualifica _____ Firma _____

Allegato 5/ FORMAZIONE NON STANDARD

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO SUL SINGOLO CASO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

Frequentante la scuola/plesso _____ classe/sezione _____ A.S. ____/____

Nome e Cognome del TUTOR scolastico _____

Profilo professionale _____

NOTE

4) CHIUSURA PERCORSO

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico identificato, delegato e formato come tutor scolastico del minore

N.B. Si ricorda ai genitori e al personale scolastico di verificare che l'allegato 3 in uso alla scuola sia sempre quello più aggiornato, e sia accompagnato dalla/e pagina/e contenente/i gli specifici schemi tecnici illustrati, se previsti

Nomi e Firme del PERSONALE SANITARIO FORMATORE

FIRMA DEL TUTOR _____

I GENITORI

concordano e sottoscrivono la chiusura del percorso di formazione preliminare/addestramento, e confermano la delega al personale scolastico/tutor di cui sopra per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico.

Firma genitore _____ Firma genitore _____

ALTRI EVENTUALI PRESENTI

NOME E COGNOME

QUALIFICA

FIRMA

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE PEDAGOGICO/DIDATTICO/SUO DELEGATO

concorda e sottoscrive.

Nome e Cognome _____ FIRMA _____

Data ____/____/____

62



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

REGIONE PIEMONTE

Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"

Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94

Cod. fiscale/P.I. 11632570013

Sede legale: Via San Secondo, 29 - 10128 Torino

☎ 011/5661566 - 011/4393111

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud

Responsabili: Dr.ssa Giulia MORTARA / Dr.ssa Maria Chiara RUSSO

Pediatria di Comunità - Referente Dr.ssa Bruna CERBINO

Centrale Pediatria di Comunità - tel. 011/7095 3581 - 3582

e-mail: centralepdc@aslcitytorino.it

ATTIVAZIONE DELLA PROCEDURA

Allegato 7

Al Dirigente/Coordinatore

Dr./Dr.ssa _____

I.C./Direzione Didattica/Circolo Pedagogico/Didattico

" _____ "

Via _____ n° _____ - TORINO

Oggetto: Minore _____ ID n° _____

In riferimento al minore in oggetto, e facendo seguito a Vs. richiesta di Formazione/Informazione/Addestramento per il personale scolastico/educativo (ex All.4) e alla richiesta di attivazione della procedura per la somministrazione farmaco in orario scolastico per i tutor scolastici che hanno concluso con esito positivo anche lo step di addestramento in presenza (ex-All.6), con la presente:

***si rilascia alla scuola l'autorizzazione per la somministrazione dei farmaci
e/o per l'esecuzione dell'intervento specifico, concernenti i bisogni sanitari del minore in oggetto,
da parte dei soggetti che hanno realizzato e concluso con esito positivo
l'intero percorso di formazione/addestramento,
come documentato dallo/dagli specifico/i Allegato/i 5 del _____.***

Seguirà invio formale a Codesta/o Direzione Scolastica/Circolo Pedagogico/Didattico del documento presente, unitamente a relativo/i Allegato/i 5, con protocollo del servizio PdC.

Data _____

Responsabile S.S.D./Medico Centrale PdC

Consultori Familiari e Pediatrici

Dr./Dr.ssa _____

Per RICEVUTA

Firma Dirigente Scolastico/Coordinatore Pedagogico/Didattico/Delegato

6



Dipartimento Materno Infantile
 SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud
 Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582
 e-mail: centralepdc@aslcitytorino.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE PIEMONTE
 Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
 Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
 Cod. fiscale/P.I. 11632570013
 Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
 ☎ 011/5661566 - 011/4393111

SCHEDA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

ID n° _____

MINORE Nato il .../.../... a

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S. .../.../...

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

DIAGNOSI

INTERVENTO RICHIESTO

FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO di: ☐ Personale scolastico ☐ Altro (specificare).....

■ Il minore:

◆ è portatore di:

◆ è completamente autonomo nell'attività di:

1) NO / SI

2) NO / SI

3) NO / SI

◆ è parzialmente autonomo nell'attività di:

1) NO / SI

2) NO / SI

3) NO / SI

◆ NON è autonomo

SEZIONE SPECIFICA PER IL MINORE CON DIABETE

■ Il minore è autonomo per:

➤ controllo della glicemia per via capillare NO / SI

➤ calcolo delle Unità di Insulina NO / SI

➤ nella somministrazione di insulina NO / SI

➤ nel calcolo dei carboidrati NO / SI

➤ altro (specificare) _____

■ Il minore è portatore di:

➤ monitoraggio continuo della glicemia NO / SI

➤ microinfusore NO / SI

➤ Penna Intelligente NO / SI

➤ altro dispositivo terapeutico (specificare) _____ NO / SI

■ Il genitore del minore è stato dichiarato idoneo dal Centro Specialistico a dare indicazioni sulle variazioni della terapia NO / SI - come da All.3 del ____/____/____ dal titolo“ _____ ”

**Dipartimento Materno Infantile**

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud
 Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582
 e-mail: centralepdc@aslcitytorino.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE PIEMONTE
 Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
 Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
 Cod. fiscale/P.I. 11632570013
 Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
 ☎ 011/5661566 - 011/4393111

SCHEDA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

ID n° _____

MINORE Nato il .../.../..... a

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S.

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

PIANO DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO di FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO

SOGGETTO	OBIETTIVI FORMAZIONE TUTOR SCOLASTICI	MODALITA' e TEMPI
PERSONALE SANITARIO	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
GENITORI	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
ALTRO (specificare)	1. _____ 2. _____	

NOTE



Dipartimento Materno Infantile
 SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud
 Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582
 e-mail: centralepdc@aslcitytorino.it

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
 REGIONE PIEMONTE
 Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
 Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
 Cod. fiscale/P.I. 11632570013
 Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
 ☎ 011/5661566 - 011/4393111

SCHEDA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

ID n° _____

MINORE Nato il / / a

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S.

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

FIRME dei presenti all'Incontro di Programmazione

PERSONALE SANITARIO	
NOME E COGNOME	FIRMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

GENITORI	
NOME E COGNOME	FIRMA
_____	_____
_____	_____

TUTOR		
NOME e COGNOME	QUALIFICA/ISTITUZIONE	FIRMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALTRI SOGGETTI PRESENTI		
NOME e COGNOME	QUALIFICA/ISTITUZIONE	FIRMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE PEDAGOGICO/DIDATTICO/Delegato

NOME E COGNOME	FIRMA
_____	_____

5