



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. ODDO"

con sezione staccata in Sclafani Bagni

P.tta Cav. Di Vittorio Veneto – 90022 CALTAVUTURO (PA)

Tel. 0921541196 – fax 0921540835

e-mail PAIC81900V@istruzione.it p.e.c. paic81900v@pec.istruzione.it

sito internet www.istitutocomprensivooddo.it

Circolare n. 109

Ai Genitori e/o esercenti responsabilità genitoriale

degli alunni dell'Istituto

Al DSGA

Al sito *web* d'Istituto

OGGETTO: somministrazione farmaci salvavita a scuola

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda alle SS.LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i moduli **1 e 2** da compilare a cura dei Genitori o di chi esercita la potestà genitoriale e del medico curante e da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione (**allegato 4**) da parte degli alunni.

Le SS.LL., sono invitate a inviare i moduli corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori, esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica:
paic81900v@istruzione.it

N.B.: l'oggetto della *mail* deve indicare la seguente dicitura: **"Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla *privacy*".**

Successivamente i Genitori verranno contattati dall'Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(ING. TOMMASELLI ANDREA)
Firmato digitalmente

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti..... in
 qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe..... della scuola.....
 nell'anno scolastico....., affetto da.....
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da
 prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra

- ☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui
autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità,
 consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto
 personale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
- ☐ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - ☐ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO

Cognome Nome nato il
 a residente a in
 via..... frequentante la classe della scuola
 sita a in via

Affetto da
 Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐

Salvavita

☐

Indispensabile

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^ dose; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^
 dose.....;

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

☐

Parziale autonomia

☐

Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la
 somministrazione.....

Dose:

Modalità di somministrazione:

.....
Eventuali note:

.....
.....
Modalità di conservazione:

(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante

.....