



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.istitutocomprensivooodo.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^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a 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

.....