



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Teodoro Gaza"

San Giovanni a Piro (Sa) - Via Cenobio, 4B 84070

Distretto 062

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria di I Grado San Giovanni a

Piro – Caselle in Pittari

Tel. 0974/983127 – Fax 0974/983127

C.M. SAIC815005 – C.F. 84001740657 - Codice Univoco Ufficio: **UFDQ9V**

Mail: saic815005@istruzione.it – Pec: saic815005@pec.istruzione.it – Sito web: www.icteodorogaza.gov.it

Ai genitori degli alunni interessati

Alla D.S.G.A.

Sito web

Oggetto: Richiesta somministrazione di farmaci salvavita e/o indispensabili a scuola

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

VISTA la nota MIUR n.2312 del 25/12/2005 con cui si emanano le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico";

VISTA la Circolare Ministeriale n. 321 del 10.01.2017 con cui il Ministero dell'Istruzione ha ricordato le modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola;

VISTI gli art. 1 e 2 della Legge della Regione Campania n.4 del 1febbraio 2005;

VISTA la Delibera della Giunta Regionale n. 257 del 02/05/2018

COMUNICA

che al fine di predisporre le necessarie procedure per tutelare l'incolumità degli alunni, i genitori, o coloro che esercitano la potestà genitoriale, devono far pervenire alla scuola (con mail oppure con consegna a mano in Segreteria o presso i plessi di frequenza- in questo caso in busta chiusa) richiesta formale in merito alla somministrazione in oggetto (vedi allegato A) accompagnata da certificazione medica attestante la prescrizione specifica dei farmaci da assumere e le modalità di somministrazione (vedi allegato B). La certificazione medica prodotta dai genitori, o da coloro che esercitano la potestà genitoriale, ha validità per l'intero anno scolastico in cui è presentata e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se ciò sia reso necessario da variazioni della patologia o delle modalità di somministrazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Corrado LIMONGI

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2, DL.vo 39/1993*

AII. A

Al Dirigente Scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....

.....

genitori di.....

nato a il.....

residente a in via.....

frequentante la classe _____ della scuola (infanzia-primaria-.secondaria primo grado)

.....

sita a ,

constatata l'assoluta necessità di un eventuale intervento farmacologico o comunque terapeutico in favore del proprio figlio/a

chiedono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data

.....

dal dott.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

☐ SI

☒ NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercitano la patria potestà

.....

.....

La richiesta deve essere firmata da entrambi i genitori

Numeri di telefono utili:

Genitori.....

☐ Medico curante.....

Allegato b

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

Si certifica lo stato di malattia dell'alunno

Cognome Nome Data di nascita.....Residente
a..... in Via..... Frequentante la scuola
.....
..... classe

☐ L'alunno necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente
FARMACO INDISPENSABILE

☐ Necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente
FARMACO SALVAVITA In caso di urgenza dovuta ad evento che si manifesta con la seguente sintomatologia
(se possibile in stampatello)

.....
.....

Nome commerciale di farmaco

Modalità di somministrazione

.....

.....

Modalità di conservazione del farmaco

Orario.....

Durata terapia.....

Effetti collaterali.....

Note

.....Si certifica altresì che la somministrazione
può essere effettuata da personale non sanitario.

Non prevede discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco né in relazione alla individuazione degli eventi in cui
occorre somministrare il farmaco né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e/o
conservazione del farmaco.

Possibilità di trasportare e somministrare il farmaco al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, viaggi e
visite di istruzione

☐ NO ☐ SI con le seguenti modalità

Data.....

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Timbro e firma