



Ministero dell'Istruzione e del merito

ISTITUTO OMNICOMPRESIVO STATALE

di Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1° e 2° grado

Via Serrone, snc - 87010 MALVITO (CS) - Tel. ☎ 0984/509082 Fax 0984509928

E-mail: csic863009@istruzione.gov.it – csic863009@pec.istruzione.it – csri190009@istruzione.gov.it

Cod. Univoco UFGCDS - Cod. Fisc. 99003220789 - Cod. Mecc.: CSIC863009 – Cod. Mecc. CSRI190009

Sito web: www.icmalvito.edu.it

Ai Genitori
Al Personale Docente e ATA
Ai Responsabili di plesso
Albo - Sito Web -Atti

Oggetto: Somministrazione di farmaci in orario scolastico a.s. 2023-2024

IL DIRIGENTE

VISTO il protocollo d'intesa del Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005;
CONSIDERATO che la somministrazione di farmaci non richiede competenze specialistiche di natura sanitaria;
VISTO il D.lgs. 196/2003 art. 13

DISPONE

1. la richiesta di autorizzazione relativa alla somministrazione di farmaci in orario scolastico va sottoscritta da entrambi i genitori e va consegnata al Dirigente Scolastico;
2. deve essere presentata la certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere;
3. i farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia;
4. nei casi gravi e urgenti, pur prestando il primo soccorso, è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (contestualmente informandone la famiglia);
5. di individuare (su richiesta scritta dei genitori) il luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
6. di concedere, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso dei locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
7. di verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA formati in primo soccorso di cui al D.Lgs 81/2008) a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati;
8. che il trattamento dei dati riguardante le attività di somministrazione dei farmaci agli alunni durante l'attività scolastica ed extra-scolastica avverrà nel rispetto dei principi di correttezza, lealtà, trasparenza e tutela della riservatezza;
9. che la gestione dei dati sarà effettuata con modalità manuale ed informatizzata e che detti dati potranno essere comunicati per finalità istituzionali all'ASL, all'Azienda Ospedaliera, all'Assessorato Regionale alla Sanità, o al Ministero della Salute

Si allegano alla presente n° 3 Modelli

Il Dirigente
Dott.ssa Marietta Iusi

Modello 1

**Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci
ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.**

Il minore (Cognome).....(Nome).....
nato il.....residente.....
necessita della
somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....

durata della terapia

.....

modalità di conservazione del farmaco

.....

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi

.....

.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

Data

Timbro e Firma del Medico

Modello 2

Al Dirigente Scolastico
IOS MALVITO

Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Il/La sottoscritto/a in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

e Il/La sottoscritto/a in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale,

dell'alunno/a (Cognome) (Nome)

nato/a il a e frequentante nell'anno scolastico 2017/18

l'Istituto Comprensivo 1 Zumbini classesez.Scuola Primaria-Scuola Infanzia-

Scuola Secondaria di Primo Grado (cancellare le voci che non interessano) Plesso _____

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine AUTORIZZANO

La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

Altro Recapito.....

In fede

Data,

Firma.....

Modello 3

**Al Dirigente Scolastico
IOS MALVITO**

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente/ collaboratore scolastico.....

presso l'Istituto Omnicomprensivo di Malvito (Scuola Primaria – Scuola Infanzia – Scuola

Secondaria di Primo – Scuola Secondaria di Secondo Grado (cancellare le voci che non interessano) Plesso

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a (cognome e nome).....

frequentante la classe Sez. presso l'Istituto Omnicomprensivo di Malvito

(Scuola Primaria – Scuola Infanzia – Scuola Secondaria di Primo Grado – Scuola Secondaria di Secondo

Grado (cancellare le voci che non interessano) Plesso _____

Dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data _____

FIRMA
