



Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MANUZIO

VIA DELL'OLEANDRO, 4-6 - 04100 LATINA

Tel. 0773/632009 Codice Fiscale: 80006180592

Codice Meccanografico: LTIC804004 ltIC804004@istruzione.it

ltic804004@pec.istruzione.it <http://www.icmanuzio.edu.it>

AI GENITORI DEGLI ALUNNI

e.p.c.

Personale docente e ATA

DSGA

Sito

CIRCOLARE N. 9

Indicazioni per somministrazione farmaco in ambito scolastico

Si comunica che, in caso di necessità di somministrazione agli alunni di farmaci salvavita e/o indispensabili durante l'orario scolastico, è necessario, come previsto dalle norme di settore, attivare una procedura specifica di richiesta e di concessione del servizio.

A tal fine, si richiede di compilare il modulo che si allega (Allegato 1) e di inviarlo all'indirizzo mail istituzionale LTIC804004@ISTRUZIONE.IT all'attenzione della maestra Sabrina Nardella, riportando nella mail anche un recapito telefonico attivo.

Dopo aver ricevuto il modulo, compilato in ogni sua parte, compreso il Piano terapeutico che è parte integrante del modulo, i genitori o gli esercenti la patria potestà saranno contattati dalla referente scolastica con la quale verrà concordato un appuntamento per la consegna del farmaco.

Si fa presente che solo a seguito di tale incontro e, quindi, della regolarizzazione della procedura, sarà possibile intervenire in caso di bisogno e che, rispetto ad una eventuale emergenza, si allenterà il servizio sanitario locale.

N.B. Si richiede ai genitori che hanno già inviato a scuola la richiesta di somministrazione di farmaci a reiterarla secondo la procedura indicata nella presente circolare.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Laura Uliano

(firma autografa sostituita
a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2 del
decreto legislativo n.39/1993)

RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti

e.....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a

.....

frequentante la classe..... della scuola.....

frequentante il corso..... dell' Agenzia formativa.....

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 datadal

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 o formativo, 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

A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre,

Lotto.....scadenza..... Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data,.....

Numeri utili

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

Telefono Medico curante (Dott.....)

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

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..... plesso

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

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

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:.....

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare: Descrizione

dell'evento che richiede la somministrazione:

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

Data,

**Timbro e Firma del Medico
curante**