



FONDI STRUTTURALI EUROPEI **pon** 2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



ISTITUTO COMPRENSIVO "A. DE BLASIO"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria I grado
con sezioni associate comune di San Lorenzo Maggiore

Via Campopiano n. 4 - 82034 Guardia Sanframondi (BN)

Codice Univoco di Fatturazione: UFPAPC -Codice Fiscale e P.IVA: 81002140622



ISTITUTO COMPRENSIVO-GUARDIA SANFRAMONDI
Prot. 0003912 del 22/09/2023
VI-9 (Uscita)

Sigg. Genitori/Tutori degli alunni
Al Personale Docente
Al DSGA
Al Sito Web
Al Registro Elettronico

Oggetto: Somministrazione farmaci salvavita a scuola

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTO il protocollo d'intesa del Ministero della P.I. e del Ministero della salute del 25.11.2005;

DISPONE

che in riferimento alla somministrazione di farmaci salvavita agli alunni, è opportuno rispettare le linee guida ministeriali di riferimento "per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica".

Questi i punti fondamentali:

1. La somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio ASL e Medico di base;
2. La somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica dell'adulto;
3. La somministrazione deve essere richiesta FORMALMENTE AL DIRIGENTE SCOLASTICO da chi esercita la podestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);
4. **Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal prestare il primo soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia);**
5. Il Dirigente Scolastico a seguito della richiesta scritta:
 - individua il luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
 - concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione.

I moduli (A-B-C) per la formale richiesta di somministrazione dei farmaci sono presenti sul sito internet dell'istituto <https://www.icguardiasanframondi.edu.it/category/modulistica-generale/>; dovranno essere consegnati, in busta chiusa, presso gli uffici di Segreteria previo appuntamento.

Il Dirigente Scolastico
Angelo Melillo

Firma autografa
sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3 co.2 del D.Lgs. n.39/93

MODULO A

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo
"A.DeBlasio" di Guardia Sanframondi

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza

Il /La sottoscritto/a _____

In qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale

del minore Cognome _____ e Nome _____

Nato/a il _____ e frequentante nell'anno scolastico _____

La classesez.....della scuola.....

Di

essendo il minore affetto da _____ (come da allegato 1 – dichiarazione pediatra di base) e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

(BARRARE LE voci CHE INTERESSANO)

Sia continuata a scuola la terapia prescritta al proprio figlio tramite

La SOMMINISTRAZIONE da parte del docente al minore sopra indicato

La SOMMINISTRAZIONE da parte del GENITORE O DELEGATO

La possibilità di AUTOSOMMINISTRAZIONE del minore **

In ambito ed orario scolastico, del/i farmaco/i, come da allegata certificazione medica rilasciata in data.....dal Dott

.....

Sia instaurata in caso di necessità la terapia di emergenza come da indicazioni del medico curante.

La richiesta è riferita:

al periodo dal _____ al _____

al corrente anno scolastico _____

* **Questa possibilità può essere richiesta per gli alunni dalla classe III Scuola Primaria

FIRMA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per terapie farmacologiche brevi

Il/La sottoscritto/a _____

In qualità di Genitore Soggetto che esercita la potestà genitoriale del minore

Cognome.....Nome.....

Nato/a il _____ e frequentante nell'anno scolastico ____/____

La classe.....sez. della scuola _____

di _____

Essendo il minore affetto da _____

E constatata l'assoluta necessità e l'impossibilità di somministrazione in orario extrascolastico

CHIEDE

LA SOMMINISTRAZIONE al minore sopra indicato

In ambito ed orario scolastico , del/i farmaco/i , come da allegata certificazione medica rilasciata in datadal Dott. _____

La richiesta è riferita :

al periodo dal giorno _____ al giorno _____

MODALITA' DI CUSTODIA DEL FARMACO

Custodito dal personale scolastico (luogo e modalità da concordare)

Custodito dallo/a stesso/a alunno/a

autorizzazione per la somministrazione da parte del genitore o delegato

A tal fine :

AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante il minore alla somministrazione e/o alla custodia del/dei farmaco/i come indicato , sollevando lo stesso personale da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante, recante la necessità e indispensabilità di somministrazione a scuola con posologia, orari e modalità.

FIRMA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO per patologie croniche o in caso di emergenza/ per terapie farmacologiche brevi -allegato al Certificato Medico

Compilazione a cura MEDICO

Prescrizione specifica dei farmaci da assumere

Nome del farmaco:.....

..Conservazione o assenza di specifiche modalità di conservazione del farmaco (indicare se è conservato personalmente dallo stesso alunno) :

..Modalità e tempi di somministrazione, posologia :

O Necessità di somministrazione dei farmaci da parte del personale scolastico

O Necessità di somministrazione da parte di persone esterne alla scuola (genitori , personale medico o operatori specificatamente formati)

O Possibilità di auto-somministrazione dei farmaci da parte dell'alunno

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco:

Istruzioni indirizzate al personale scolastico, sui comportamenti da assumere nel caso in cui il farmaco non risultasse efficace :

Data

IL MEDICO