



Ministero dell'Istruzione
ISTITUTO OMNICOMPrensIVO 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.it – csic863009@pec.istruzione.it – csri190009@istruzione.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. 2021-2022.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

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 e si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'alunno che interviene;

VISTO il D.lgs. 196/2003 art. 13

SENTITI l'RLS, l' RSPP, il Medico competente

DI S P O N E

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° 4 Allegati:

- Allegato 1: Fac-simile- Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico
- Allegato 2: Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale;
- Allegato 3: Designazione del personale autorizzato alla somministrazione
- Allegato 4: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il Dirigente

Dott.ssa Marietta Iusi

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.lgs. n. 39 del 1993

Allegato 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 ail..... 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

Allegato 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 2021/2022 l'Istituto Omnicomprensivo di Malvito classesez.Scuola dell'Infanzia- Scuola Primaria- Scuola Secondaria di Primo Grado- Scuola Secondaria di Secondo 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.....

Allegato 3

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso la Direzione dell'Istituto, dal/i Sig.

.....
per il/la figlio/a
relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti
persone:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

a somministrare il farmaco con le procedure previste da certificazione del medico curante.

In fede

Data,

Firma.....

Allegato 4

Al Dirigente Scolastico

IOS Malvito

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a Docente/Collaboratore Scolastico
presso l'Istituto Omnicomprensivo Malvito (Scuola Infanzia – Scuola Primaria – Scuola
Secondaria di Primo Grado - 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 Malvito
(Scuola Infanzia – Scuola Primaria – 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 _____