

**ISTITUTO COMPRENSIVO TAVERNA**

Scuola dell’Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado Piazza Del Popolo s.n.c. – Tel. 0961/921356 – Fax 0961/924984

Codice meccanografico: **CZIC87300Q** – Codice Fiscale 97069280796 PEC: [*czic87300q@pec.istruzionet.it*](mailto:czic87300q@pec.istruzionet.it)E-mail: [czic87300q@istruzione.it](mailto:czic87300q@istruzione.it) **88055 TAVERNA (CZ)**

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

**Oggetto: SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA**.

All’albo della scuola

Al sito Web della scuola

Considerata la presenza di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico (salvavita e/o auto-somministrazione), questo Istituto ha predisposto opportuna modulistica la cui compilazione è necessaria per attivare le idonee procedure di sicurezza.

Si ricorda che:

* Nessun farmaco può essere somministrato a scuola né assunto dagli alunni durante l’orario scolastico.
* I farmaci che correggono eventuali patologie croniche possono essere somministrati solo previa richiesta delle famiglie accompagnata dalla documentazione medica e conseguente autorizzazione da parte della Dirigenza.
* Per i docenti non esiste obbligo di somministrazione, fatta eccezione per i farmaci salvavita, ma possono dichiarare la propria disponibilità.

L’iter per l’autorizzazione alla somministrazione di farmaci a scuola è il seguente:

* Richiesta scritta e autorizzazione da parte dei genitori al Dirigente Scolastico di somministrazione di farmaci *(da parte di personale della scuola)* in orario scolastico. (Allegato1)
* Prescrizione del medico curante con indicati il farmaco, le modalità di somministrazione e di conservazione.(Allegato2)
* Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci *(da parte dei genitori o di loro delegati)* in orario scolastico.(Allegato 3)
* Dichiarazione di disponibilità del personale della scuola alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico , da restituire in segreteria (Allegato4).

Distinti saluti.

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, c. 2 D.Lgs. n° 39/93

LA DIRIGENTE

Prof.ssa Maria Rosaria Sganga

Al Dirigente Scolastico Istituto Comprensivo Taverna

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** *(da parte di personale della scuola)*

# in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) ………………………………………(Nome)……..…………………………………..

nato il…………………… a ………………………………. e frequentante nell’a. s. ………/………

la Scuola :

Infanzia

Primaria

Secondaria di I grado



Classe ……………….. Sezione…………………… Plesso…………………………………………..

# CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia:…………………………………..…...

A tal fine:

# AUTORIZZA

Il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come

indicato, **sollevando** lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

# Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all’Allegato 2

**Numeri di telefono utili:**

# Medico Curante …………………………………………….

**Genitori ………………………………………………………………………….**

# In fede.

**Data, ……………..**Firma ……………………………………….



Il minore (Cognome) ………………………………………… (Nome) …………………………….

nato il………………….residente a ………………………….………………..

# Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

# nome commerciale del/i farmaco/i

………………………………………………….. ………………………………………………….

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

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**durata della terapia** ………………………………………………………………………………….

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

………………………………………………..……………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

# Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

………………………………………………………………………………………………..

# Data, ……………..

**timbro e firma del medico**

Al Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Taverna

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** *(da parte dei genitori o di loro delegati)* **in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/a in qualità di

* Genitore
* Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) ………………………………………(Nome)……..…………………………………..

nato il…………………… a ………………………………. e frequentante nell’a. s. ………/………

la Scuola :

Infanzia

Primaria

Secondaria di I grado



Classe ……………….. Sezione…………………… Plesso…………………………………………..

# CHIEDE

L’autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

***\*\*\*Eventuale Delega***

Il sig di cui si allega copia di documento di riconoscimento e

Accettazione dell’incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra

# A tal fine si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l’indicazione del farmaco e della durata della terapia.

**In fede.**

# Data, ……………..

Firma ……………………………………….



# Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

**Vista** la richiesta della famiglia (allegato 1) alla somministrazione in orario scolastico di farmaci; **Considerato** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l’esercizio di discrezionalità tecnica;

**Vista** l’assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico;

**Vista** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

# Si fornisce formale

disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Indicare se docente o ATA** | **Firma per disponibilità** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Taverna , ……………..

Il Dirigente Scolastico in data autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata

# Il Dirigente Scolastico