



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE

ISTITUTO COMPRENSIVO "Giacomo Matteotti"

Via Ottorino Respighi, n° 6 - 04011 Aprilia (Latina)

Tel. 06/9257905 Fax 06/9257952 Mail: LTIC824009@istruzione.it

Pec: LTIC824009@pec.istruzione.it codice scuola LTIC824009 – C.F. 80006530598

www.icmatteottiapriliaschool.edu.it

Aprilia, 15 settembre 2023

AL PERSONALE DOCENTE

AL PERSONALE ATA

AL DSGA

AL SITO WEB

CIRCOLARE N.9

Oggetto: Somministrazione a scuola di farmaci salva vita

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda alle SS.LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i moduli (Allegato 1 e Allegato 2) da compilare a cura dei genitori/degli esercenti la responsabilità genitoriale e a cura del medico curante, da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione o di auto esecuzione test diagnostico (Allegato 3 o Allegato 4) da parte degli alunni.

Se i genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita e **soltanto se non è avvenuta alcuna mutazione della terapia**, devono solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso, compilando esclusivamente l'Allegato 5 e gli eventuali moduli di autosomministrazione o auto esecuzione test diagnostico (Allegato 3 o Allegato 4). Tutti i moduli allegati, sono inoltre pubblicati sul sito web di Istituto nella sezione *Modulistica*.

Le SS.LL., sono invitate a inviare i moduli, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale, esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica: PEO: ltic824009@istruzione.it - PEC: ltic824009@pec.istruzione.it

N. B.: l'oggetto della mail deve contenere la seguente dicitura: "Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy".

Successivamente i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale verranno contattati dall'Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco. Il Personale docente ed il Personale ATA sono chiamati alla **scrupolosa** e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.^{ssa} Giuseppina Rossi

(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art.3, co.2, D.lgs.39/93)

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe della scuola.....
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 data dal 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, 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:
- ☐ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - ☐ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato,
Lotto scadenza e relativa 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 responsabilità genitoriale.**

Dichiaro di aver preso visione del protocollo "Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed
orario scolastico" pubblicato sul sito web dell'Istituto "E. Pestalozzi".

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la responsabilità genitoriale

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

NB:
La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso
anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà
rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della
terapia.

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

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.....sita a

In Via

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐ Salvavita

☐ Indispensabile

Modalità di somministrazione:

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

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

☐ Parziale autonomia

☐ Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:

Note.....

(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante

.....

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO

I sottoscritti.....
genitori

dell'alunno/a.....

.....

nato/a a

.....il.....

residente a in

via.....

frequentante la classe.....sez.....della

Scuola.....

sita a in

Via.....

Essendo l'alunno affetto da

.....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che il minore **si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

I medesimi acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 101/2018.

Aprilia, _____

Firma dei genitori

o esercenti la responsabilità genitoriale

.....

.....

**RICHIEDSTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO DI VIGILANZA DURANTE L'AUTO ESECUZIONE DI TEST
DIAGNOSTICO IN ORARIO SCOLASTICO**

I sottoscritti
..... in qualità di
genitori - affidatari - tutori dell'alunno/a
frequentante la classe ... della scuola nell'anno
scolastico

affetto da

CHIEDONO

- ☐ che il minore si auto-esegua il test diagnostico con la vigilanza del personale scolastico di cui autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che tale vigilanza del personale scolastico non rientra tra le prestazioni previste per detto personale (sorveglianza generica sull'avvenuta auto esecuzione).

In fede,

(Luogo e data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la responsabilità genitoriale

.....

Numeri di telefono importanti:

Tel. genitore/esercente la responsabilità genitoriale:

Tel. genitore/esercente la responsabilità genitoriale:

Tel. medico curante, Dott

NB: La richiesta/autorizzazione deve essere prodotta al Dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e fasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI).

I sottoscritti _____ Genitori

dell'alunno/a _____ nato/a _____

iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso _____;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S il/la proprio/a figlio/a necessita - in caso di bisogno - della somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli

operatori del Servizio Territoriale di Emergenza sanitaria (118/Numero Unico d'emergenza Europeo 112).

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo "Matteotti" dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo "Matteotti" dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, prof.ssa Giuseppina Rossi dell'Istituto Comprensivo "Matteotti".

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Aprilia, _____

I Genitori o esercenti la responsabilità genitoriale

