



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Tecnico Statale VINCENZO ARANGIO RUIZ

Viale Africa, 109- 00144 ROMA - Distretto XX - C.F.80218570580 tel. 06 121124080
<http://www.arangioruiz.edu.it/> □RMTD030005@istruzione.it □RMTD030005@pec.istruzione.it

**Ai genitori/rapp. legali
di tutti gli alunni,
Al personale della scuola,
e p.c. alla DSGA e sito web**

circ.n. 41

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA.

Si comunica che per la **somministrazione di farmaci** salvavita agli studenti, i genitori/rappresentanti legali potranno presentare formale richiesta, utilizzando la modulistica allegata alla presente, debitamente compilata e corredata dalla certificazione medica attestante lo stato di malattia dello studente/studentessa e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (modalità, tempi di somministrazione, posologia, conservazione).

Si precisa inoltre che è compito della famiglia/rapp. legali:

- fornire il farmaco,
- verificarne la scadenza e l'integrità,
- procedere all'eventuale sostituzione.

Per una migliore gestione della documentazione **SI CHIEDE DI INVIARE VIA MAIL I MODULI COMPILATI E SUCCESSIVAMENTE L'ORIGINALE IN BUSTA CHIUSA INSIEME AL FARMACO STESSO e consegnare il tutto in segreteria didattica IN ORARIO DI SEGRETERIA.**

Si informa che la referente per la salute dell'Istituto è la Prof.ssa Adriana Corazzi.

Per richiedere ulteriori informazioni o per fornire comunicazioni inerenti a tematiche relative alla salute, è possibile contattarla all'indirizzo email: adriana.corazzi.d62@arangioruiz.edu.it

Si ringrazia per la collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Guglielmina Uliano
Guglielmina Uliano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 c. 2 Digs 39/93

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti e
..... in qualità di genitori - affidatari-
tutori dell'alunno/a frequentante la classe
..... sez. 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 potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) il
Firma dei Genitori o Esercenti la potestà 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..... sez. della scuola..... sita a

..... in Via

Affetto

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

.....

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐

Salvavita

☐

Indispensabile

Modalità di somministrazione:

.....

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

.....

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
E CONSENSO TRATTAMENTO DATI**

Al Dirigente Scolastico

I sottoscritti/a (Cognome e Nome) e
Genitori/tutori dell'alunno/a nato
a il che
frequenta la classe sez

COMUNICANO

che in orario scolastico lo/la studente/studentessa ha necessità di assumere il farmaco (scrivere nome commerciale) come da certificazione medica allegata.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI ☐ NO ☐

In fede,

(Luogo e Data) il

Firme degli interessati

.....

.....