



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 2 - CASTROVILLARI

Scuola dell'Infanzia, Primaria, Secondaria di 1^a grado

Via delle Orchidee, 7 – 87012 CASTROVILLARI (CS) – Tel. 0981 46225
E-mail: csic8a4004@istruzione.it - csic8a4004@pec.istruzione.it
Cod. Univoco UE079J - Cod. Fisc. 94040910781 - Cod. Mecc.: CSIC8A4004
Sito web: www.iccastrovillari2.edu.it

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE 2 - CASTROVILLARI
Prot. 0000671 del 23/09/2024
V-7 (Uscita)

Ai Genitori
Al Personale Docente e ATA
Ai Responsabili di plesso
Albo
Sito Web
Atti

Oggetto: Somministrazione di farmaci in orario scolastico a.s. 2024-2025

IL DIRIGENTE

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

DISPONE

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° 3 Modelli

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

MODELLO 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 il.....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

MODELLO 2

Al Dirigente Scolastico
I.C. Castrovillari 2

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 2024/25

l'Istituto Comprensivo Castrovillari 2 classesez.Scuola Primaria-Scuola Infanzia-

Scuola Secondaria di Primo 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.....

MODELLO 3

Al Dirigente Scolastico
I.C. Castrovillari 2

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente/ collaboratore scolastico.....

presso l'Istituto Comprensivo Castrovillari 2 (Scuola Primaria – Scuola Infanzia – Scuola

Secondaria di Primo 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 Comprensivo Castrovillari 2

(Scuola Primaria – Scuola Infanzia – Scuola Secondaria di Primo 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
