



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Statale di Inzago

Via Giacomo Leopardi, 5 – 20065 Inzago (MI)
Tel. 02/9549953 – 02/9549069 - Fax 02/95314043

E mail: miic8ca003@istruzione.it – Posta elettronica certificata: MIIC8CA003@PEC.ISTRUZIONE.IT - Web: www.icinzago.edu.it



ICS VIA LEOPARDI
C.F. 91502130155 C.M. MIIC8CA003

AOO_miic8ca003 - Protocollo Generale

Prot. 0005868/U del 21/09/2018 10:11:52

Inzago, 21 settembre 2018

**Ai Genitori degli alunni frequentanti
le scuole dell'Istituto Comprensivo**

**p.c. ai Docenti in servizio
presso le scuole dell'Istituto Comprensivo**

Oggetto: somministrazione farmaci a scuola

In applicazione di quanto stabilito dalle disposizioni riguardanti la somministrazione di farmaci in ambiente scolastico, al fine di garantire il diritto allo studio e tutelare la salute per gli alunni che necessitano in modo improrogabile della somministrazione di farmaci a scuola, si comunica che con il nuovo anno scolastico:

- a. **tutte le richieste di somministrazione di farmaci in ambiente scolastico devono essere rinnovate** nel più breve tempo possibile e consegnate presso **l'Ufficio di Segreteria**, in via G. Leopardi a Inzago;
- b. le richieste dovranno essere presentate compilando **l'apposito modulo (all.2A)** che dovrà essere accompagnato da **certificazione medica – attestante il piano terapeutico** secondo le indicazioni fornite dalla ATS Milano – Città metropolitana (**all.1**) redatte dal medico che ha in cura l'alunno/a (Pediatra o medico di Famiglia o Specialista operante nel Sistema Sanitario Nazionale);
- c. **i farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri** verificando la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia, limitatamente ad ogni singolo anno scolastico;
- d. eventuali **variazioni devono essere certificate e comunicate tempestivamente**;
- e. in base ai protocolli in materia, stipulati dall'Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia e ATS/ASST della Lombardia, la somministrazione a scuola dei farmaci **riguarda le sole situazioni di assoluta ed effettiva necessità** determinata dalla presenza di patologie croniche invalidanti e/o patologie acute pregiudizievoli della salute.

Si ricorda che tutte le autorizzazioni emesse nel precedente anno scolastico, anche se a carattere permanente, devono essere rinnovate.

Distinti saluti



Il Dirigente Scolastico
Marco Gioachino Cremonesi
*Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3
del D. Lgs. n. 39/1993*

Allegati : all.2A – Richiesta somministrazione farmaci a scuola
all.1 - Prescrizione di farmaci a scuola



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Codice fiscale 91502130155
Codice meccanografico MIIC8CA003
E mail uffici: ufficiopersonale@icinzago.edu.it
ufficiodidattico@icinzago.edu.it

MOD. 1_18/19

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (all. 2A)

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia
Scuola primaria
Scuola secondaria I e II grado

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/___ / C. Fiscale

frequentante la classe _____ della scuola _____

CHIEDO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/___/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

oppure che, in alternativa,

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Firma

Data _____

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Firma

Data _____

• Medico Prescrittore: Dr. _____ tel _____

• Genitori: Madre cell.: _____ Padre cell.: _____

Note – vedi retro

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

(all 1)

SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO**

REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A

(Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale)

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica (Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista)
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
 - Principio attivo
 - Nome commerciale
 - Forma farmaceutica
 - Modalità di somministrazione (da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione)
 - Dosaggio e orario
 - Modalità di conservazione
 - Durata (dal ----- al ----- oppure continuativa)
 - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco