



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale Varese 1 "Don Rimoldi"

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado

Via Pergine, 6 - 21100 Varese

CM VAIC86900B - CF 80101510123 - Codice Univoco UFWWWR

tel. 0332 331440 - mail: vaic86900b@istruzione.it - PEC: vaic86900b@pec.istruzione.it

www.icvarese1donrimoldi.edu.it

Circolare n. 153

**Alle famiglie
Ai Docenti
Al personale ATA
Alla DSGA**

Oggetto: Somministrazione farmaci agli alunni in orario scolastico

Si comunica alle famiglie che hanno necessità di presentare richiesta per la somministrazione agli alunni di farmaci salvavita o altre medicine la cui somministrazione non può essere interrotta durante l'orario scolastico, di presentare formale domanda utilizzando i moduli in allegato:

- All. 1** - "Richiesta e autorizzazione somministrazione farmaci scuola"
- All. 2** - "Prescrizione del medico curante".

Si ricorda a tutti i genitori che le richieste e le prescrizioni del medico vanno rinnovate tutti gli anni.

Cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Caterina Gioia

(Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs n. 39/1993)

Al Dirigente Scolastico della scuola

.....
.....

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

il/la/i sottoscritto/a/i

.....

genitore/i o tutore/i dell'alunno

nato/a a il / /, Codice fiscale

frequentate la classe del plesso

chiedo

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.ssa.....
nell'allegata prescrizione redatta in data / /

o **sia/siano 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.

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

Note:

- la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
- i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico e ritirate a fine anno scolastico le eventuali rimanenze;
- nel caso di compilazione e firma di un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

Data

Firma

Si acconsente 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

Data

Firma

- PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

Visto il Protocollo d'Intesa per la somministrazione di farmaci a scuola tra ATS Insubria, ASST Sette Laghi, ASST Valle Olona e Ufficio Scolastico Provinciale di Varese

il/la sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa

Contatto:

in qualità di

- Specialista in
- Pediatra
- Medico di Medicina Generale

prescrive la somministrazione da parte di personale non sanitario in ambito ed in orario scolastico all'alunno/alunna

Cognome e Nome:

Nato il / / , Codice fiscale

residente a in Via

affetto della/delle seguente/i patologia/e

Frequentante: *asilo nido / scuola infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di 1°grado / scuola secondaria di 2 °grado*

nome istituto....., sito a

il/i seguente/i farmaco/i

Principio attivo:

Nome commerciale e dosaggio:

Forma farmaceutica:

Tempistiche somministrazione (giorni e orario) e/o evento che richiede la somministrazione:

Durata della prescrizione:

- Continuativa*
- dal / / al / /*

Dosaggio da somministrare:

Per eventuali integrazioni rispetto a quanto compilato si chiede cortesemente di allegare ulteriore documentazione

