

Gentile famiglia,

Vista la nota del MPI protocollo n. 2312/Dip/Segr del 25/11/2005 relativa alla somministrazione di farmaci in orario scolastico, si forniscono le seguenti linee guida a cui fa riferimento la sopraccitata nota:

1. Il genitore, o chi eserciti la patria potestà, deve:

- ☛ Presentare la certificazione medica redatta dal medico o dallo specialista (vedi modulo 1) attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere e precauzioni relative (conservazione, modalità, tempi di somministrazione, posologia);
- ☛ fare richiesta di somministrazione del farmaco al Coordinatore delle Attività Educative e Didattiche (Dirigente Scolastico per le Scuole Statali) (vedi modulo 2);
- ☛ fornire il farmaco alla scuola tenendo conto della data di scadenza;
- ☛ autorizzare il personale, individuato dal Coordinatore delle Attività Educative e Didattiche alla somministrazione del farmaco (si farà menzione di questa autorizzazione nel modulo 2)

2. Il Coordinatore delle Attività Educative e Didattiche a seguito della richiesta scritta:

- individua il luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o altro personale) a garantire la somministrazione del farmaco.

- INFORMA:

- il personale docente interessato al quale verrà consegnata copia dell'autorizzazione di somministrazione farmaco nel caso si verifichi una situazione di emergenza;
- l'incaricato della ditta di ristorazione "LOVERA", nel caso in cui la somministrazione del farmaco fosse dovuta a shock anafilattico causato da allergie alimentari.

Si allegano:

Modulo 1 fac simile certificazione medica

Modulo 2 richiesta somministrazione farmaco

Il Coordinatore delle Attività Educative e Didattiche
(Prof. Marco Gianolio)

Il minore (Cognome) (Nome)

Nato a..... il..... residente a

Necessita della somministrazione di farmaci in orario 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)

.....
.....
.....
.....

modalità conservazione del farmaco

durata della terapia

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....
.....
.....

Data,

timbro e firma del medico

Modulo 2

Al Coordinatore delle Attività Educative e Didattiche dell'Istituto V. Agnelli

Il /La sottoscritto/ain qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dell'alunno/a

nato/a a il.....e frequentante nell'anno scolastico

la Scuola

sezione/classe.....

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i,

.....coerentemente

alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato nella certificazione medica allegata, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

Dichiaro altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

In fede.

Data,

Firma