Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo "Fiorano"

Via Ghiarella n.213 – 41042 Fiorano Modenese (MO) Tel. 0536/844140
e-mail: moic831008@istruzione.it e-mail certificata:moic831008@pec.istruzione.it
sito web: https://www.icfiorano.edu.it
Codice fiscale 93036700362 – Cod. Mecc. MOIC831008

Ai genitori degli alunni
dell'IC Fiorano Modenese
agli ATTI

OGGETTO: **Richiesta somministrazione farmaci in orario scolastico**

Gentili Genitori,
in vista dell'avvio del prossimo anno scolastico, si chiede gentilmente, ove ritenuto necessario, di segnalare / rinnovare la richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico per il/la proprio/a figlio/a frequentante una delle scuole dell'Istituto comprensivo Fiorano.
A tal fine si invita alla compilazione e alla consegna entro l'inizio delle attività didattiche alla segreteria didattica di Istituto, unitamente ai farmaci, dei 2 file allegati alla presente comunicazione e di seguito illustrati:

1	Prescrizione di somministrazione di farmaci da parte del medico dell'alunno/a (pediatra/medico di medicina generale)	Allegato 1	**File di competenza del pediatra o medico di medicina generale dell'alunno**. - Nel caso in cui il medico utilizzi un proprio modulo devono essere in esso esplicitati: nome del farmaco, orario e dose da somministrare, descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti, modalità di conservazione del farmaco, validità della prescrizione. - Validità prescrizione: il medico deve indicare il periodo di validità della prescrizione del farmaco; in caso contrario si considererà l'anno scolastico di riferimento; secondo quanto previsto dagli Accordi provinciali **il protocollo deve essere comunque rinnovato all'inizio di ogni anno scolastico**.
2	Richiesta di somministrazione da parte del genitore/tutore Allegato 2 File di competenza della famiglia dell'alunno/a.	Allegato 2	**File di competenza del genitore dell'alunno/a**

Un ulteriore modulo vi sarà fatto compilare al momento della consegna.

Cordiali saluti.

La Dirigente scolastica
Ilaria Leonardi

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del Decreto Legislativo n. 39/1993)

Allegato 1

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO

Considerata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome_____nome _____

nato/a a_____il _____

□ Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)
….....
.....
.....
….....
….....
.....
….....

□ Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di somministrazione dei farmaci prescritti):
….....
….....
.....
.....
….....

Modalità di conservazione dei farmaci .....……..
……
……..

Eventuali norme di primo soccorso
….....
.....
.....
.....

Periodo di validità della prescrizione:

_____ _____
(data) (timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____

Si allega specifica nota informativa.

* incluse le comunità educative semiresidenziali per minori.

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente scolastico
Istituto Comprensivo Fiorano
Fiorano Modenese

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____

genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) _____

nata/o a_____il_____

frequentante la classe/sezione_____della scuola/plesso_____

CHIEDO

□ di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

□ che il/la sig/ra_____da me formalmente delegato possa accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

oppure :

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

CHIEDO

□ la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico da parte del personale scolastico autorizzato

□ l'auto-somministrazione dei farmaci in in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data_____dal Dr_____

 Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

□ autorizza il figlio a custodire personalmente il farmaco

□ incarica la scuola di custodire il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo.

==========

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M. 305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una nuova certificazione aggiornata.

_____ _____

(data) (Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia