



ISTITUTO COMPRENSIVO "L. Ghiberti"
Scuole dell'Infanzia, Primarie, Secondaria di 1° grado
Via di Scandicci, 20 -50143- Firenze Tel.055/710160 -Fax 055/708301 C.F. 94135770488 - C.M FIIC84200V
[e-mail: fiic84200v@pec.istruzione.it](mailto:fiic84200v@pec.istruzione.it) - fiic84200v@istruzione.it - www.comprensivoghibertifirenze.gov.it
[Codice IPA: UFGTOH](#)

Circ. n. 42
Prot. 10240 /1.1.h.

Firenze, 24/09/2019

Ai genitori
Ai docenti
AL SITO WEB

I.C. Ghiberti

Oggetto: Somministrazione farmaci a scuola - Comunicazioni.

Con la presente si ricorda che tutte le famiglie che si trovano nella necessità di richiedere la somministrazione di farmaci salvavita ai propri figli durante l'orario scolastico, possono richiedere l'avvio della somministrazione attraverso la modulistica che si allega e che richiede il rispetto dei seguenti passaggi procedurali:

1) Richiesta formale da parte della famiglia,
2) certificato medico attestante lo stato di malattia, aggiunto al modulo di autorizzazione, sottoscritto dal soggetto esercitante la patria potestà, contenente in modo chiaramente leggibile:

- nome e cognome dell' alunno/a;
- nome del farmaco;
- descrizione del motivo che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- durata della terapia;
- piano terapeutico (se in possesso).

Tale modulistica è disponibile anche in forma cartacea in segreteria didattica.

La procedura sopraindicata riguarda i farmaci salvavita ma sarebbe necessario che tutte le famiglie degli alunni con criticità anche non gravi, informassero i docenti coordinatori per poter avere un quadro dettagliato della situazione.

Tutto questo in conformità con le circolari e le disposizioni riguardanti l' Intesa tra Ministero Università e Ricerca e Federazione Regionale Toscana degli Ordini dei Medici sulle certificazioni mediche in ambiente scolastico e le linee guida per la definizione degli interventi per l'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci e alla luce del recente incontro di formazione che si è tenuto per tutto il personale da membri di una Associazione affiliata all'Ospedale Meyer, che promuove la sensibilizzazione e il rapporto fiduciario tra famiglie e istituzione scolastica nell'interesse e per la salvaguardia della salute dei minori affidati alla scuola.

I docenti sono tenuti a dare comunicazione della presente nota alle famiglie, segnalandone loro la presenza sul sito e sul registro elettronico.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
(Dott.ssa Annalisa SAVINO)

*Firma sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2 D. Lgs. n. 39/1993*



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN AMBITO SCOLASTICO

SOMMINISTRAZIONE a minorenni

Anno scolastico

Io sottoscritto
genitore dell'alunno
frequentante la classe/sezione della scuola /dell'infanzia /primaria.....

chiedo

1) la somministrazione allo stesso di terapia farmaco logica in ambito scolastico

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica di cui alla allegata prescrizione medica e di seguito descritta.

2) La possibilità che lo stesso si auto-somministri lo terapia farmaco logica in ambito scolastico, come da prescrizione medica allegata.

Farmaco.....

Dosi

Orari.....

Periodo di somministrazione.....

Modalità di conservazione.....

Data.....

Firma del genitore/tutore

Firma del Dirigente Scolastico.....

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
IN AMBITO *SCOLASTICO*

Cognome Nome.....

Luogo e data di nascita

Residente • Tel

Scuola Classe

Dirigente scolastico

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco.....

Dose e modalità di somministrazione

Orario:

1a dose 2a dose 3a dose 4a dose

Durata terapia

Modalità di conservazione

Nome commerciale del farmaco

Evento

Dose e modalità di somministrazione

Eventuali note di primo soccorso

Data .

Timbro e firma del medico

