



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto di Istruzione Secondaria Superiore
MICHELANGELO BARTOLO

Liceo Classico – Liceo Scientifico – Liceo delle Scienze Applicate – Liceo delle Scienze Umane
I.T.I.S.: Elettronica ed Elettrotecnica – Meccanica, Meccatronica ed Energia – Trasporti e Logistica
I.T.I.S. SERALE: Elettronica ed Elettrotecnica – Meccanica, Meccatronica ed Energia
Sede centrale: Viale Aldo Moro, snc – PACHINO SR – Sede staccata: via Fiume, snc – PACHINO SR
C.F. 83002910897 – Cod. Ufficio: UFOIWY

Cod. MI: SRIS01400G - Cap. 96018 **PACHINO (Sr)** – viale Aldo Moro, snc - tel.: 0931593596

Circolare n. 21

A tutto il personale docente
Ai Genitori/esercanti la responsabilità genitoriale degli alunni dell'Istituto
Alla D.S.G.A.
Al Sito web / sez. circolari
Atti sicurezza - Sede

OGGETTO: Somministrazione farmaci salvavita a scuola.

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda alle SS.LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente.

Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i moduli A e B da compilare - a seconda delle esigenze - a cura dei Genitori/esercanti la responsabilità genitoriale e del medico curante e da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione (allegato D) da parte degli alunni.

Se i Genitori/esercanti la responsabilità genitoriale hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), devono solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso, compilando esclusivamente l'allegato C e l'eventuale autosomministrazione (allegato D)

Le SS.LL. avranno cura di consegnare i moduli in busta chiusa c/o l'Ufficio protocollo con la dicitura "somministrazione farmaci salva vita a scuola – CONTIENE DATI SENSIBILI" con all'interno copia del documento di riconoscimento di entrambi i Genitori/esercanti la responsabilità genitoriale.

Successivamente i Genitori/esercanti la responsabilità genitoriale verranno contattati dall'Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco.

I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Enzo Michelangeli



Responsabile dell'istruttoria:



REGIONE SICILIA

Pec: sris01400g@pec.istruzione.it – e-mail: 0010093@istruzione.it
SITO WEB: www.istitutobartolo.edu.it



OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti
 genitori/esercanti la responsabilità genitoriale dinato a
 il residente a
 in via.....

n. frequentante la classe plesso di
essendo il minore affetto dalla seguente

patologia e constatata
 l'assoluta necessità, con la presente

chiedono

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto " _____ " di _____ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo di _____ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del D.Lgs. 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Scolastico pro-tempore, dott. _____.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Genitori cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)

cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)*

Il minore

Cognome Nome

Nato il..... a..... Residente a

In via/piazza N. Città.....

affetto dalla seguente patologia:

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

necessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

Dose:.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti _____ Genitori/esercenti
la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____ nato/a _____
iscritto/a alla classe _____ Sez. _____ Plesso di _____ ;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S. il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto _____ dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto _____ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste

dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del D.Lgs. 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. _____ dell'Istituto _____.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data _____

I Genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....
genitori/

esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a

nato/a ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e data _____

I Genitori/esercenti la responsabilità genitoriale

