

<p>Ministero della Pubblica Istruzione</p>  <p>CEIC86700D</p> <p>Ambito Campania 0007 DR Campania – ambito CE-7 Distretto di appartenenza 014</p> <p>FONDI STRUTTURALI EUROPEI <b>pon</b> 2014-2020</p>	<p>ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D. Scuola ad indirizzo musicale Viale Italia n.52/54-81020-San Nicola la Strada (CE) Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax. 0823.458147 Plesso “ N.Green“ Tel.0823.422239/ Plesso Via Milano Tel. 0823 457980 Codice fiscale 93081990611 www.iccapolddsannicolalastrada.gov.it</p> 	  <p>Centro esami 6753</p> <p>E C D L Centro accreditato</p> 
--	--	---

San Nicola la Strada, 20/09/2019

Comunicazione n° 24

A tutti Docenti  
Ai Genitori  
Al Personale Ata  
Al sito web

**Oggetto: Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI.**

In applicazione alle LINEE GUIDA PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI AGLI STUDENTI (RACCOMANDAZIONI del 25- 11-2015)

La presente comunicazione, in linea con quanto previsto, intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

**Soggetti e destinatari**

**Oggetto delle presenti Raccomandazioni è la somministrazione di farmaci e di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali a bambini e ragazzi che, affetti da patologie, abbiano tali necessità in orario e ambito educativo, scolastico e formativo.**

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità (**farmaco indispensabile o salvavita**) durante l’orario scolastico, in considerazione dell’idoneità dei locali scolastici alla somministrazione e conservazione del farmaco e previa disponibilità dei docenti e/o del personale A.T.A. I docenti e il personale ATA ,invitati dalla DS a dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di tale tipologia di farmaci , saranno specificamente formati dalla ASL in merito a quanto attinente al piano terapeutico. I genitori stessi possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico. È compito della famiglia comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, secondo le procedure indicate nelle presenti Raccomandazioni, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento. E’ compito della famiglia fornire il farmaco , verificarne la scadenza e l’integrità con la sostituzione di nuovo farmaco.

**Procedura**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico e nei locali scolastici deve essere:

- 1.formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale (ALLEGATO 2) ; la richiesta sarà corredata di certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico e di

piano terapeutico (ALLEGATO 1 E 1BIS); **la richiesta deve essere presentata entro il 1 ottobre 2019 in segreteria corredata di tutti gli allegati**

Il DS una volta ricevuta la richiesta della famiglia, verifica (di norma entro una settimana):

- a. la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, ecc.);
- b. la disponibilità del personale dietro richiesta di manifestazione da parte del DS (ALLEGATO 5A E 5B)
- c. l'esigenza di formazione specifica.

La DS prenderà i contatti con ASL per fissare la formazione (ALLEGATO 6)

In seguito:

2. convoca la famiglia, a tutela della privacy, per il consenso scritto sull'informazione data agli studenti e al personale interessato, sul locale dove si assisterà l'alunno, sulla autosomministrazione e conservazione del farmaco nello zaino/astuccio del figlio poiché responsabile in modo autonomo dei tempi e modi di tali atti. In tale consenso la famiglia viene avvisata che l'organizzazione complessiva può essere limitata in particolari e straordinari tempi dalla possibile assenza del personale dichiaratosi disponibile e quindi incaricato della somministrazione: al verificarsi di tali evenienze sarà contattata la famiglia per procedere alla soluzione contingente. (ALLEGATO 7)

3. La DS, il medico, il personale resosi disponibile, i genitori stenderanno il PIP Piano di Intervento Personalizzato (ALLEGATO 4)

4. il genitore firmerà il verbale di consegna del farmaco in segreteria (ALLEGATO 4)

5. il personale formato potrà procedere alla somministrazione del farmaco attenendosi alle indicazioni del piano terapeutico e del PIP PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (ALLEGATO 4)

### **Auto somministrazione**

Si prevede l'autosomministrazione dei farmaci per casi specifici riguardanti alunni di età inferiore ai 14 anni, d'intesa con l'ASL e la famiglia. A tale scopo, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola". Nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico l'autorizzazione dei genitori all'auto-somministrazione deve essere presentata per iscritto con assunzione di responsabilità anche in merito all'autonomia di conservazione del farmaco tramite il (ALLEGATO 7).

### **Luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci**

Il docente referente di plesso propone al Dirigente scolastico i luoghi fisici idonei per:

- a. la conservazione (di norma l'armadietto dei medicinali che deve essere chiuso a chiave);
- b. la somministrazione o l'autosomministrazione dei farmaci.

La somministrazione di farmaci mediante aghi deve avvenire in un luogo appartato, anche per garantire l'incolumità dei compagni.

I genitori firmano l'assenso alla conservazione e alla somministrazione nei luoghi individuati.

### **Durata della terapia/attività a supporto di alcune funzioni vitali**

L'autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve contenere anche l'indicazione della durata dell'intervento, che può essere fatta per un periodo predefinito o a lungo termine, secondo l'indicazione del medico curante.

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

### **Modifiche o sospensione della terapia**

In caso di modifiche dell'intervento (posologia/modalità di somministrazione ecc.) o di sospensione della stessa prescritte dal medico curante, la famiglia deve fornire tempestivamente tale informazione alla ASL di appartenenza, insieme alla prescrizione del medico curante, affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione da trasmettere alla scuola.

### **Partecipazione a uscite didattiche e/o visite scolastiche**

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo modalità organizzative da concordare dai docenti direttamente coinvolti con il Dirigente scolastico e con la famiglia.

### **Gestione delle emergenze**

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati per i casi concreti presentatisi, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

### **Non disponibilità del personale della scuola**

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente scolastico può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il Dirigente scolastico può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il Dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata:

**a.** ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale;

**b.** al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

### **Gestione dell'emergenza**

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al 118 avvertendo contemporaneamente la famiglia.

**NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.**

*IL DIRIGENTE SCOLASTICO*

*Prof.ssa Patrizia MEROLA*

*Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD*

In Allegato: (gli allegati sono scaricabili dal Sito)

- **ALLEGATO 1** Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e Piano Terapeutico **(1Bis)**
- **ALLEGATO 2** Richiesta di somministrazione farmaci nei locali ed in orario scolastico
- **ALLEGATO 3** Verbale di consegna alla scuola del farmaco
- **ALLEGATO 4** PIP
- **ALLEGATO 5A e 5 b** disponibilità del personale alla somministrazione
- **ALLEGATO 6** richiesta di formazione specifica alla ASL
- **ALLEGATO 7** autorizzazione del genitore all'autosomministrazione e alla privacy

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO  
TERAPEUTICO**

**SI CERTIFICA**

lo stato di malattia dell'alunno/a ..... nato/a a  
....., in data ...../...../..... residente in  
.....

Codice Fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

e

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco ....., con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

salvavita

(Oppure)

indispensabile;

- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

**SI ATTESTA**

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia  al genitore dell'alunno/a (oppure)  all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

## PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome ..... Nome .....

**A) Nome commerciale del farmaco indispensabile**  
.....

**A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:**

- Orario e dose da somministrare o Mattina (h. ....) dose da somministrare ..... o Pasto (prima, dopo) ..... dose .....  
o Pomeriggio (h. ....) dose .....

• Modalità di somministrazione del farmaco  
.....

• Modalità di conservazione del farmaco  
.....

• Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:**

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco  
(specificare):  
.....

• Dose da somministrare  
.....

• Modalità di somministrazione del farmaco  
.....

• Modalità di conservazione del farmaco  
.....

• Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**(Oppure)**

**B) Nome commerciale del farmaco salvavita**  
.....

Modalità di somministrazione del farmaco .....  
.....  
.....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):  
.....  
.....

- Dose da somministrare  
.....  
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco  
.....  
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

Sì

No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io ..... sottoscritto/a ..... (Cognome ..... e ..... Nome) .....

Genitore dello studente/essa ....., (oppure)  Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure) nato/a ..... a ..... il ...../...../..... e residente a ..... in Via ..... che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto ..... sito in Via ..... Cap ..... Località ..... Provincia .....

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASL ... /dal Dott. ...., in data ...../...../.....;

### CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

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

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

Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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.

Numeri di telefono:

	famigli	pediatra di libera scelta/ medico di medicina generale



Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede,

Luogo

Data

(1) Firma

\_\_\_\_\_ /\_\_ /\_\_\_\_

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

## VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

**Oggetto:** *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a* \_\_\_\_\_

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_,  
(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

(oppure)

esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente  
a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_, sez. \_\_\_\_, dell'Istituto  
\_\_\_\_\_, consegna all'incaricato,

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot.  
\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica  
e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal (barrare  
la voce corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL \_\_\_\_\_

medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico  
e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo:  
\_\_\_\_\_ con le seguenti  
modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al  
termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno  
scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a riformire la scuola di una nuova  
confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare  
immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/dello studente \_\_\_\_\_

## PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Alla \_\_\_\_\_ Famiglia \_\_\_\_\_ dell'alunno/a  
\_\_\_\_\_ (oppure)

All'alunno/a \_\_\_\_\_

Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco

Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_\_

sezione \_\_\_\_\_

Al Fascicolo personale dell'alunno/a

suddetto

Alla Azienda USL \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i  
in orario scolastico all'alunno/a.....

I sottoscritti Dirigente scolastico ..... e il Referente per l'Azienda  
USL....

..... dott. ....,

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli  
esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente  
maggiorrenne) ....., iscritto/a alla classe ..... sez. ....  
dell'Istituto ....., plesso ....., sito in  
via ..... località  
.....;

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio  
di Pediatria dell'Azienda USL n. .... / dal Dott. .... in data .../.../.....,  
nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la  
somministrazione del farmaco (nome commerciale) ..... da parte  
di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni  
specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto  
somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre  
somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di  
somministrazione e di conservazione del farmaco;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che  
corrisponde)

salvavita

(Oppure)

indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel  
proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere  
l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel

Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante;

### DISPONGONO

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra

\_\_\_\_\_;

che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: \_\_\_\_\_;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale

dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): \_\_\_\_\_;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

**Il Dirigente Scolastico**

**L' Azienda ASL \_\_\_\_\_**

Prof. ....

Dott. ....

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) \_\_\_\_\_,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL\_\_\_\_\_ con la presente:






esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del genitore  
o dell'esercente la potestà  
genitoriale

---

<p>Ministero della Pubblica Istruzione</p>  <p>CEIC86700D</p> <p>Ambito Campania 0007 DR Campania – ambito CE-7 Distretto di appartenenza 014</p> 	<p>ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D. Scuola ad indirizzo musicale Viale Italia n.52/54-81020-San Nicola la Strada (CE) Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax. 0823.458147 Plesso“ N.Green“ Tel.0823.422239/ Plesso Via Milano Tel. 0823 457980 Codice fiscale 93081990611 www.iccapolddsannicolalastrada.gov.it</p> 	  <p>Centro esami 6753</p> <p>E C D L Centro accreditato</p> 
---	---	---

**Allegato 5A**

DOCENTI /ATA

**OGGETTO: “Disponibilità del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco”**

Vista la possibilità di richieste dei genitori per alunni che necessitano di somministrazione di farmaci INDISPENSABILI O SALVAVITA in orario scolastico

Considerato che l'eventuale certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta saranno resi visibili presso l'ufficio agli interessati resisi disponibili

Considerato che il livello di formazione richiesto non è di tipo sanitario e non è richiesta discrezionalità per tali somministrazioni

La DS chiede la manifestazione di disponibilità personale tramite il modulo allegato per dare seguito all'organizzazione di quanto necessario .

**Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Patrizia Merola**

<p>Ministero della Pubblica Istruzione</p>  <p>CEIC86700D</p> <p>Ambito Campania 0007 DR Campania – ambito CE-7 Distretto di appartenenza 014</p> 	<p>ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D. Scuola ad indirizzo musicale Viale Italia n.52/54-81020-San Nicola la Strada (CE) Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax. 0823.458147 Plesso“ N.Green“ Tel.0823.422239/ Plesso Via Milano Tel. 0823 457980 Codice fiscale 93081990611 www.iccapolddsannicolalastrada.gov.it</p> 	  <p>Centro esami 6753</p> <p>E C D L Centro accreditato</p> 
---	---	---

**Allegato 5B**

**“Disponibilità del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco”**

Al Dirigente Scolastico

**Il/La sottoscritto/a**

---

Docente/collaboratore scolastico/ presso la Scuola

---

Preso atto della Comunicazione interna n ..... del

**DICHIARA**

**LA PROPRIA DISPONIBILITÀ SU BASE**

**VOLONTARIA**

**E IN VIRTU' DI UN RAPPORTO FIDUCIARIO CON LA FAMIGLIA**  
alla somministrazione del farmaco salvavita

---

all'alunno/a: \_\_\_\_\_






secondo le indicazioni previste dal PIANO DAL PIP E DALLA  
DOCUMENTAZIONE AGLI ATTI. DELLA SCUOLA

**DICHIARA, INOLTRE, CHE**

1. segnalerà alla famiglia/alla direzione/ ogni problema che dovesse insorgere nel corso della terapia;
2. e' a conoscenza delle modalita' stabilite per la somministrazione e che si atterra' ad esse scrupolosamente
3. qualora verifichi l'insorgenza di situazioni diverse da quelle descritte nei documenti e reputi insufficiente l'ordinario intervento di somministrazione allarmera' immediatamente il 118 e, in ordine la famiglia e la ds

Firma

data

<p>Ministero della Pubblica Istruzione</p>  <p>CEIC86700D</p> <p>Ambito Campania 0007 DR Campania – ambito CE-7 Distretto di appartenenza 014</p> 	<p>ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D. Scuola ad indirizzo musicale Viale Italia n.52/54-81020-San Nicola la Strada (CE) Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax. 0823.458147 Plesso“ N.Green“ Tel.0823.422239/ Plesso Via Milano Tel. 0823 457980 Codice fiscale 93081990611 www.iccapolddsannicolalastrada.gov.it</p> 	  <p>Centro esami 6753</p> <p>E C D L Centro accreditato</p> 
---	---	---

*Allegato 6*

ASL

**OGGETTO: “FORMAZIONE DEL Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco”**

Vista la richiesta dei genitori dell’alunno della classe

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione ,

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

**Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Patrizia Merola**



In attesa di un vostro cortese riscontro ,porgo distinti saluti .  
Cordialità.

**Il Dirigente Scolastico**  
**Prof.ssa Patrizia Merola**

<p>Ministero della Pubblica Istruzione</p>  <p>CEIC86700D</p> <p>Ambito Campania 0007 DR Campania – ambito CE-7 Distretto di appartenenza 014</p> 	<p>ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D. Scuola ad indirizzo musicale Viale Italia n.52/54-81020-San Nicola la Strada (CE) Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax. 0823.458147 Plesso “ N.Green“ Tel.0823.422239/ Plesso Via Milano Tel. 0823 457980 Codice fiscale 93081990611 www.iccapolddsannicolalastrada.gov.it</p> 	  <p>Centro esami 6753</p> <p>E C D L Centro accreditato</p> 
---	--	---

Allegato 7

**AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI alla privacy e all'autosomministrazione**

**Al Dirigente Scolastico**

Il / la sottoscritto/a genitore/tutore \_\_\_\_\_  
dell'alunno/a frequentante la Scuola \_\_\_\_\_

Infanzia di \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Primaria di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Secondaria di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

che il/la proprio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologia e provveda alla conservazione in totale autonomia e responsabilità del farmaco nel proprio zaino/astuccio.

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del d.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

all'informazione / non informazione degli studenti della classe sulla particolare necessità di cura del compagno

all'uscita dalla classe per la somministrazione in locale adeguato alla privacy individuato nel \_\_\_\_\_

La famiglia dichiara di essere a conoscenza che l'organizzazione complessiva può essere limitata in particolari e straordinari tempi dalla possibile assenza del personale dichiaratosi disponibile e quindi incaricato della somministrazione : al verificarsi di tali evenienze la famiglia si assume l'onere per procedere alla soluzione contingente di somministrazione .

FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico

VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI  
AUTORIZZA  
L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO