



Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO "ACHILLE MAPELLI "

AMMINISTRAZIONE FINANZA E MARKETING; TURISMO; LICEO SCIENTIFICO;

AGRARIA AGROALIMENTARE E AGROINDUSTRIA; LICEO SPORTIVO

Via Parmenide, 18 - 20900 Monza (MB) Tel. 039/833353

C.F.: 94517440155 - CODICE: MBTD41000Q - CODICE UNIVOCO: UFFV1T

www.mapelli-monza.edu.it - mbtd41000q@pec.istruzione.it - mbtd41000q@istruzione.it

	Circolare n. 5 del 06.09.2023
A	Genitori – Alunni di tutte le classi
OGGETTO	Somministrazione farmaci in ambito scolastico

Si ricorda a tutti i genitori che, di norma, è vietato al personale della scuola somministrare agli studenti farmaci di qualunque tipo.

Le famiglie degli studenti che necessitino di farmaci salvavita devono farne esplicita richiesta perché la scuola possa attivare tempestivamente le procedure del caso secondo i protocolli specifici.

In allegato troverete i moduli per la richiesta, si precisa che anche in caso di riconferma/rettifica/rinuncia di richieste già presentate lo scorso anno occorre presentare l'apposita domanda.

Al fine di consentire l'attivazione dei corsi di formazione specifici nel più breve tempo possibile si invitano le famiglie interessate a fare pervenire la documentazione entro e non oltre il giorno 15 settembre p.v.

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Aldo Melzi

(Firma omessa ai sensi dell'art. 3 del D.L. 39/1993)

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO (contiene dati sensibili)**

Al Dirigente scolastico dell'Istituto Achille Mapelli
Via Parmenide 18, Monza

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

Genitore dello studente/essa

(oppure) Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, (oppure)

Studente/essa maggiorenne 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 USL ... /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 /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a figlio/a/io, 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.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

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) Genitori o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se minorenni).

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
MODULO DI CONFERMA/RETTIFICA /RINUNCIA

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELLO STUDENTE

I sottoscritti _____
genitori di _____ nato/a a
_____ il _____ frequentante la classe
_____ sez. _____ indirizzo _____ nell'anno scolastico 20__/20__

dell'Istituto "A.Mapelli" di Monza

- CONFERMANO** tutte le indicazioni contenute nei moduli di richiesta somministrazione farmaci (allegati 1 e 2) inviati nel precedente anno scolastico 20__/20___. Qualora necessario, si impegnano a consegnare il farmaco alla scuola all'inizio dell'anno scolastico.

- RETTIFICANO** le informazioni contenute nei moduli di richiesta somministrazione farmaci consegnati nel precedente anno scolastico 20__/20__ e si impegnano ad inviare i moduli aggiornati.

- NON ATTIVANO** il protocollo farmaci nel corrente anno scolastico.

Luogo e Data, _____

Firma

In caso di un genitore impossibilitato a firmare:

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza delle norme di legge relative alla responsabilità genitoriale (Codice Civile, art. 316 comma 1 art. 337-ter comma 3 e art. 337-quater comma 3) e, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, dichiara altresì di presentare questa richiesta/autorizzazione all'Istituzione Scolastica nel rispetto delle norme sopra indicate e con il consenso dell'altro genitore.

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO
(contiene dati sensibili)**

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 Mattina (h.) dose da somministrare
Pasto (prima, dopo) dose
 - 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/...../.....

.....

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita 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 _____

esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a _____, 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):

Istituto sanitario _____

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 rifornire 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 _____