



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"

SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 – 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax 069630100
Cod. Mecc. RMIC8D500D – Codice Fiscale 95036930584 – Codice Univoco UFHE4H – Distretto 39°
e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrinord.edu.it

CIRCOLARE N° 1

Velletri 02.09.2024

Alle famiglie degli Alunni Interessate
dell'I.C. Velletri Nord
Loro Sedi

A tutto il personale scolastico dell'I.C. Velletri Nord
Loro sedi

E p.c.
alla D.S.G.A.
AL SITO WEB
AL RE

OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Si comunica che, per la somministrazione dei farmaci a scuola si dovrà seguire la seguente procedura:

1. **Compilare l'allegato relativo alla somministrazione del farmaco in base alle necessità sottoelencate:**

FARMACO SALVAVITA

1. allegato A, richiesta dei genitori;
2. allegato B, prescrizione del medico curante integrata da certificato medico;
3. allegato C, verbale di consegna farmaco a scuola;

AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACO

1. allegato B1, richiesta di auto-somministrazione di farmaci;
2. allegato C1, prescrizione del medico curante e certificato;

SOMMINISTRAZIONE FARMACO DA PARTE DI UN GENITORE O LORO DELEGATI IN ORARIO SCOLASTICO

1. allegato A1, richiesta e autorizzazione di somministrazione farmaco in orario scolastico;
2. allegato C1, prescrizione del medico curante e certificato medico;

Tutti gli allegati dovranno essere corredati della seguente documentazione:

2. Copia dei documenti di entrambi i genitori o esercenti la patria potestà;
3. Certificato del medico curante;

FUTURA

LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU



Ministero dell'Istruzione
e del Merito



Italiadomani
PRIMO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"

SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa,159 – 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax 069630100
Cod. Mecc. RMIC8D500D – Codice Fiscale 95036930584 – Codice Univoco UFHE4H – Distretto 39°
e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrinord.edu.it

A seguito della presentazione dei suddetti moduli, la scuola provvederà:

- a convocare una riunione per la stesura del verbale di somministrazione del farmaco a scuola;
- provvederà ad informare tutti i docenti del team/cdc dell'alunno/a coinvolto/a.

Relativamente **all'allegato C**, verbale di consegna del farmaco a scuola, le famiglie interessate dovranno telefonare ai plessi di appartenenza per prendere un appuntamento con la Docente responsabile del Plesso a partire dal giorno 11.09.2024.

Inoltre, i genitori si dovranno rendere disponibili in caso di una somministrazione di emergenza del farmaco fino alla eventuale data di consegna del verbale dello stesso alla scuola.

Si precisa che la compilazione della richiesta di somministrazione del farmaco a scuola (all. A/B/C/A1/B1/C1) dovrà essere presentata **per tutti gli alunni nuovi iscritti, per quelli già iscritti, compresi i passaggi di ordini di scuola.**

I moduli compilabili sono allegati alla presente circolare e disponibili sulla Home Page del sito web dell'Istituto nella sezione: Scuola →Le carte della scuola →Modulistica.

Si ringrazia tutti per la fattiva collaborazione

La pubblicazione della presente circolare sul Sito Web del ns Istituto (sezione "circolari") e nella sezione "Gestione comunicazioni" del Registro Elettronico AXIOS ha valore di formale notifica a ciascuno degli interessati.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Luisella Ada Marigliani

(firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3 co. 2 D. lgs 39/93)



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"
SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 - 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax 069630100
Cod. Mecc. RMIC8D500D - Codice Fiscale 95036930584 - Codice Univoco UFHE4H - Distretto 39°
e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrinord.edu.it

Allegato A

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

I sottoscritti Sig. ra _____ e Sig. _____

in qualità di: Genitori esercenti la potestà genitoriale

Dell'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____

Frequentante la classe ____ sez. ____ A.S. ____ / ____ Plesso _____

Ordine di scuola:

INFANZIA

PRIMARIA

SECONDARIA DI PRIMO GRADO

CHIEDONO

La somministrazione del farmaco salvavita al proprio figlio/a in ambito scolastico, come da certificazione medica allegata.

NOTE:

La seguente richiesta ha durata annuale, sarà cura del genitore all'inizio del nuovo anno scolastico rinnovarla recandosi presso gli uffici di segreteria munita di fotocopia del documento di entrambi i genitori,

Data

firma



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"
 SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 – 00049 Velletri (RM) - ☎ 069634194 fax 069630100
 Cod. Mecc. RMIC8D500D – Codice Fiscale 95036930584 – Codice Univoco UFHE4H – Distretto 39°
 e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrinord.gov.it

MOD.A1

**RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO
DA PARTE DEI GENITORI O DI LORO DELEGATI**

IL /la sottoscritto/a _____ in qualità di:

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

Dell'alunno/a _____ nato a _____ il _____

Frequentante A.S. _____ la classe _____ sez _____ Plesso _____

Ordine di scuola:

- INFANZIA PRIMARIA SECONDARIA DI PRIMO GRADO

CHIEDE

L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

EVENTUALE DELEGA

Il/La Sig./ra _____ di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico di somministrazione, è delegato/a ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra. A tal fine, si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia

Data _____

Firma

RECAPITI



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"

SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 - 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax 069630100
Cod. Mecc. RMIC8D500D - Codice Fiscale 95036930584 - Codice Univoco UFHE4H - Distretto 39°
e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrinord.edu.it

Allegato B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatria di libera scelta o Medico di Medicina Generale o struttura Ospedaliera)

Alunna/o _____

Nato/a a _____ il _____ residente _____

NECESSITA

Della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione (da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

Durata della terapia (nel caso di indicazioni a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

Data _____

_____ (timbro e firma del medico)



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"
SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 - 00049 Velletri (RM) - ☎ 069634194 fax 069630100
Cod. Mecc. RMIC8D500D - Codice Fiscale 95036930584 - Codice Univoco UFFE4H - Distretto 39*
e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrinord.gov.it

MOD.B1

RICHIESTA DI AUTO - SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S)

I sottoscritti/a/o _____

Genitori/e dell'alunno/a _____

Nato/a a _____ il _____ residente a _____

In via _____ frequentante la classe _____ sez _____ plesso _____

Ordine di scuola _____ A.S. _____

Al bisogno senza certificazione medica (nome del farmaco) _____

Essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal Dott. _____

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

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).

Velletri _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri utili genitori o medico



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"
SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 - 00049 Velletri (RM) - 069634194 fax 069630100
Cod. Mecc. RMIC8D500D - Codice Fiscale 95036930584 - Codice Univoco UFHE4H - Distretto 39°
e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrinord.edu.it

Allegato C

VERBALE DI CONSEGNA FARMACO SALVAVITA

In data _____ alle ore _____ i Sig.ri _____

Genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____

Ordine di scuola _____ plesso _____

Consegnano alle insegnanti di classe una confezione nuova ed integra del farmaco:

Da somministrare al/alla bambino/a in caso di _____

Nella dose _____ come da certificazione medica consegnata in segreteria ed in copia

allegata alla presente, rilasciata in data _____ dal Dott. _____

I GENITORI:

Autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso. Provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicheranno, immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Velletri _____

I GENITORI

I DOCENTI

IL PERSONALE ATA

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
 UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
 ISTITUTO COMPRENSIVO "VELLETRI NORD"

SEDE CENTRALE: Via Fontana della Rosa, 159 - 00049 Velletri (RM) - ☎ 069634194 fax 069630100
 Cod. Mecc. RMIC8D500D - Codice Fiscale 95036930584 - Codice Univoco UFHE4H - Distretto 39°
 e-mail: RMIC8D500D@istruzione.it sito web: www.ic-velletrnord.gov.it

MOD.C 1

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina Generale o struttura Ospedaliera)

Alunna/o _____

Nato/a a _____ il _____ residente _____

NECESSITA

Della somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Le indicazioni per la somministrazione (da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i

- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

- Durata della terapia (nel caso di indicazioni a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

- Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso

Data _____

(timbro e firma del medico)