



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "VIRGILIO"
Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di primo grado
Via Pergolesi, 13 - 37060 **SONA** (VR)



Tel. 045/6081300 - sito web: www.icsona.gov.it

e-mail: VRIC814009@istruzione.it - VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT

Circ. n. 21

Sona, 23 settembre 2019

Ai genitori

Ai docenti

Al personale ATA

Al DSGA

Oggetto: Disposizioni inerenti l'eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico - a. s. 2019/20.

In merito alle richieste per gli alunni che devono assumere farmaci in orario scolastico, si precisa quanto segue.

Le famiglie sono pregate di prendere visione delle procedure operative (protocollo) definite dalla normativa recepite dall'Istituto e di compilare i seguenti modelli allegati:

A) il modulo allegato A (richiesta di somministrazione farmaci in situazione di emergenza e autorizzazione al trattamento dati sensibili) compilato e firmato;

B) il modulo allegato B (prescrizione-autorizzazione del medico curante alla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico in caso di emergenza)-

I moduli compilati e firmati vanno consegnati in Segreteria didattica.

Il Dirigente Scolastico
F.to Prof.ssa Maria Federici





ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VIRGILIO"

Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di primo grado

Via Pergolesi, 13 - 37060 **SONA** (VR)

Tel. 045/6081300 - sito web: www.icsona.gov.it

e-mail: VRIC814009@istruzione.it - VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT



Allegato A Decreto n. 6 del 27 marzo 2019

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO _____

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

Affetto dalla seguente patologia:

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la classe _____

Di codesto istituto _____

Sito a _____ in via _____

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO DI PROVVEDERE E
CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA
SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI
FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITA' PRESCRITTE RILASCIATA in
data _____ dal dott. _____**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI
FARMACI E' ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO
RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

Allegato A Decreto n. 6 del 27 marzo 2019

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. lgs 30-06-2003 n. 196 Codice in materia protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI NO

Li _____ data _____

Firma dei genitori/Responsabili genitoriali

Padre o Responsabile genitoriale

Madre o Responsabile genitoriale

Recapiti telefonici utili

Madre o Responsabile genitoriale cell. _____ lavoro _____

Padre o Responsabile genitoriale cell. _____ lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/specialista

Cell. _____ ambulatorio _____



FONDI STRUTTURALI EUROPEI
PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO - FESR

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
DIREZIONE DISTrettuale di Istruzione di Sondrio
ISTITUTO COMPrensivo Statale "Virgilio" di Sona (VR)



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "VIRGILIO"

Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di primo grado

Via Pergolesi, 13 - 37060 **SONA** (VR)

Tel. 045/6081300 - sito web: www.icsona.gov.it

e-mail: VRIC814009@istruzione.it - VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT



Allegato B Decreto n. 6 del 27 marzo 2019

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

- Da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- Da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI, ACCERTATA LA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO, ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

In via _____

Frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Sito a _____ in via _____

Affetto da _____

Nel caso in cui si verifichi _____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

Nome commerciale del farmaco _____

MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE _____

DOSE _____

ORARIO 1^ DOSE _____ **2^ DOSE** _____ **3^ DOSE** _____

Durata della terapia dal _____ **al** _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Nome commerciale del farmaco _____

MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE _____

Dose _____

ORARIO 1^dose _____ **2^dose** _____ **3^ dose** _____

Durata della terapia dal _____ **al** _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Data

firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista
