Descrizione: Descrizione: Descrizione: stellait**Liceo Statale “Primo Levi”**

**Scientifico e Classico** - **via Martiri di Cefalonia 46, 20097** - **s. donato milanese**

**Linguistico** - **via Trieste 48, 20098** - **s. giuliano milanese**

**Sede: Via Martiri di Cefalonia 46, 20097** - **SAN DONATO MILANESE (MI)**

**tel: 0255691211-225 fax: 025271789 sito web**: **levi.gov.it**

**mail**:MIPS11000C@istruzione.it info@levi.gov.it **PEC**: MIPS11000C@pec.istruzione.it

Cod. Sede: MIPS11000C - Cod. Linguistico: MIPS11002E CF: 80126050154 CUF: UF1K10

San Donato Mil.se, 13 ottobre 2015

**AI GENITORI**

**SEDE E SAN GIULIANO**

**Oggetto:somministrazione farmaci in orario scolastico**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

• Vista la nota congiunta di Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005 con la quale

sono state emanate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di

studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il

diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica".

• Visto il protocollo d'intesa ASL e Ufficio Scolastico Provinciale di Milano del 2015;

DISPONE

che in caso di somministrazione di farmaci a studenti ci si rifaccia alle seguenti linee guida:

l. la somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente

servizio della ASL;

2. la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di

discrezionalità tecnica dell'adulto;

3. la somministrazione deve essere richiesta **formalmente al dirigente scolastico** da chi

esercita la potestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato

di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di

somministrazione, posologia);

4. il Dirigente Scolastico a seguito della richiesta scritta:

- individua luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;

- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per

la somministrazione in parola;

- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA che abbia

seguito il corso di primo soccorso di cui al D. Lgs 81/2008) a garantire la continuità della

somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati.

I moduli collegati per la formale richiesta di somministrazione dei farmaci sono scaricabili dal sito.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO***(Prof.ssa Concetta Pragliola)*

Descrizione: Descrizione: Descrizione: stellait**Liceo Statale “Primo Levi”**

**Scientifico e Classico** - **via Martiri di Cefalonia 46, 20097** - **s. donato milanese**

**Linguistico** - **via Trieste 48, 20098** - **s. giuliano milanese**

**Sede: Via Martiri di Cefalonia 46, 20097** - **SAN DONATO MILANESE (MI)**

**tel: 0255691211-225 fax: 025271789 sito web**: **levi.gov.it**

**mail**:MIPS11000C@istruzione.it info@levi.gov.it **PEC**: MIPS11000C@pec.istruzione.it

Cod. Sede: MIPS11000C - Cod. Linguistico: MIPS11002E CF: 80126050154 CUF: UF1K10

Modulo 01

Il minore (Cognome) ……………………………………………(Nome) ……………………..

nato il …………………………….. residente a …………………………………………….

Necessita

⬜ La somministrazione di farmaci in ambito scolastico

⬜ La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

durata della terapia

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

⬜ È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data, ………………………………. Timbro e firma del medico

Descrizione: Descrizione: Descrizione: stellait**Liceo Statale “Primo Levi”**

**Scientifico e Classico** - **via Martiri di Cefalonia 46, 20097** - **s. donato milanese**

**Linguistico** - **via Trieste 48, 20098** - **s. giuliano milanese**

**Sede: Via Martiri di Cefalonia 46, 20097** - **SAN DONATO MILANESE (MI)**

**tel: 0255691211-225 fax: 025271789 sito web**: **levi.gov.it**

**mail**:MIPS11000C@istruzione.it info@levi.gov.it **PEC**: MIPS11000C@pec.istruzione.it

Cod. Sede: MIPS11000C - Cod. Linguistico: MIPS11002E CF: 80126050154 CUF: UF1K10

Modulo 02

Al Dirigente Scolastico

della Liceo Primo Levi

di San Donato Milanese

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………….. in qualità di

⬜ Genitore

⬜ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di Cognome ……………………………………………… Nome ……………………………..

nato il………………… e frequentante nell'anno scolastico …………/……………..

Il Liceo Primo Levi di San Donato Milanese

classe …………………………………………………………………..

CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine

AUTORIZZA

⬜ Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

⬜ Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili

Medico Curante ………………………………………..

Genitori ………………………………………..

In fede.

Data, …………………………… Firma ……………………………………………………………