



**Ministero dell'Istruzione e del merito
Istituto Comprensivo Statale di Gorlago**

Piazza Europa, 6 – 24060 Gorlago (BG) Telefono: 035 951 133 – Sito Web: www.icgorlago.edu.it

PEO: bgic84900n@istruzione.it - PEC: bgic84900n@pec.istruzione.it

Codice Meccanografico: BGIC84900N - Codice Fiscale: 95118710169 – Codice Univoco: UFZD4G



**A tutti i genitori degli alunni
Scuola primaria e secondaria di 1^o grado
Istituto Comprensivo di Gorlago
LORO SEDI**

**p.c. ai Collaboratori scolastici, ai Docenti
e p.c. al DSGA**

OGGETTO: Richiesta somministrazione farmaci

Si ricorda che **la somministrazione di farmaci a scuola è riferita solo ai casi di effettiva ed assoluta necessità**, esplicitati dalla Nota MIUR n. 2312/Dip/Segr, "Somministrazione farmaci in orario scolastico" e dalla Circ. n.321 del 10/10/2017: "Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci indispensabili":

1. per continuità terapeutica, intesa come terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di una patologia cronica;
2. in seguito ad una emergenza, intesa come manifestazione acuta correlata ad una patologia cronica nota, che richiede interventi immediati.

Per la somministrazione è richiesto il rispetto dei passaggi procedurali descritti nel Protocollo di Istituto ([visionabile nella sezione Regolamenti del sito](#)), che fa riferimento a sua volta al Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia.

Pertanto i genitori/tutori i cui figli iscritti presso la nostra Istituzione Scolastica rientrino in questa tipologia di casi (farmaci "salvavita"), sono invitati a produrre richiesta scritta, allegata alla presente, esclusivamente presso la nostra segreteria, a condizione che:

CONDIZIONE	COSA FARE?
SI TRATTI DI NUOVA ISCRIZIONE	PRESENTARE LA DOMANDA (ALLEGATO A) CONGIUNTAMENTE ALLA CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA E RELATIVO PIANO TERAPEUTICO REDATTI DAL MEDICO
SI TRATTI DI TRASFERIMENTO DA ALTRA ISTITUZIONE SCOLASTICA	
SI SIANO VERIFICATE VARIAZIONI AL PIANO TERAPEUTICO GIÀ CONSEGNATO	
AD OGNI CAMBIO DI CICLO SCOLASTICO (AD ES. NEL PASSAGGIO DALLA QUINTA SC. PRIMARIA ALLA PRIMA SCUOLA SECONDARIA DI 1 ^o GRADO)	(ALLEGATO B)

Al contrario, **qualora la domanda fosse già stata presentata in segreteria nel precedente anno scolastico e non sussistesse alcuna delle condizioni esposte nella tabella soprastante, non è necessario rinnovare la richiesta.**

Si porgono cordiali saluti.

Il Dirigente scolastico
Marco Remigi

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

Data

Al Dirigente Scolastico

Dell'Istituto Comprensivo di Gorlago

I sottoscritti

.....

Genitori dell'alunno/a.....

Della classe.....Sede di

residente a..... via.....

Comune.....Prov.....Tel

Richiedono la somministrazione di farmaci a scuola secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr..... e presentati in allegato alla presente richiesta.

Chiedono la disponibilità della scuola alla somministrazione e dichiarano:

- Di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie.
- Di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- Di impegnarsi a fornire alla Scuola il farmaco/i farmaci prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc.), nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

Autorizzano:

- se del caso, l'auto -somministrazione (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute).

Chiedono:

- La possibilità di accesso alla scuola per la somministrazione del farmaco da parte di (specificare se genitore, parente, volontario)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:
nome.....

tel.....

nome.....

tel.....

A disposizione per le necessità, si ringrazia e si porgono cordiali saluti.

Firma

Allegato B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO

Si certifica che

Nato a..... il

Residente in

via..... Comune..... Prov.....

Frequentante la classe della scuola

.....di..... È affetto /a dalla seguente patologia

per la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso
 - 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.

Nome del farmaco..... forma
farmaceutica.....

Dosaggio.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

Dose da somministrare:

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

Prescrizione ADRENALINA Sì No

Data

In fede

Firma e timbro del Medico