

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "PAOLINI-CASSIANO"

Via Guicciardini, 2 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 - Fax 0542 27357

SEDE CASSIANO DA IMOLA Via Ariosto 1/c Tel. 0542 613559

C.M. BOIS012005 - C.F. 90032210370

e-mail: bois012005@istruzione.it-bois012005@pec.istruzione.it

<https://paolincassiano.edu.it/>

PROT.vedasi segnaturo

CIRC. n. 37 - Imola, lì 21/09/2023

Ai genitori/ esercenti la responsabilità genitoriale

Agli alunni maggiorenni

Al personale scolastico

Al sito web

I.I.S. "PAOLINI-CASSIANO" IMOLA

Oggetto: Assunzione e somministrazione farmaci a scuola.

Richiamato il Protocollo d'intesa provinciale del 27- 03- 2013 per l'assunzione e la somministrazione di farmaci in contesti extra-familiari, educativi, scolastici o formativi (vedasi allegato), si forniscono agli interessati informazioni ed indicazioni procedurali relativamente all'oggetto.

▪ **Attivazione della pratica**

Per l'attivazione della pratica è necessario presentare formale richiesta al Dirigente scolastico attraverso il **Modulo di richiesta** (Allegato 1), corredato da una **copia della Certificazione** rilasciata dalla Pediatria di Comunità.

Dopo che il Dirigente scolastico avrà preso visione della documentazione e concesso l'autorizzazione, i genitori/ tutori (o gli stessi allievi se maggiorenni) dovranno **portare il farmaco** e compilare il **Verbale di consegna del medicinale** (Allegato 2).

▪ **Continuazione della pratica**

I genitori/esercenti responsabilità genitoriale (o gli stessi allievi se maggiorenni) che hanno già richiesto ed ottenuto negli anni precedenti l'erogazione del servizio, dovranno **portare il farmaco** e compilare il **Verbale di consegna del medicinale**.

▪ **Consegna dei farmaci alla scuola**

I genitori/esercenti responsabilità genitoriale (o gli stessi allievi se maggiorenni) potranno portare il farmaco alla scuola nella sede di frequenza (sedi Paolini, Cassiano, Palazzina, Alberghetti, Valsalva), previo appuntamento con la referente scolastica tramite il seguente indirizzo mail:

claudia.cioffi@paolincassiano.edu.it

A fronte di altre eventuali necessità che dovessero emergere nel corso dell'anno scolastico, l'utenza potrà contattare via mail la suddetta referente al fine di fissare un appuntamento.

▪ **Impossibilità di consegna**

Nel caso in cui i genitori/esercenti responsabilità genitoriale (o gli stessi alunni se maggiorenni) siano impossibilitati a lasciare il farmaco a scuola, **devono inviare una e-mail , ovvero una dichiarazione di responsabilità firmata.** (Allegato 3) Si allegano di seguito i Modelli di cui agli allegati 1, 2, 3 (da stampare, compilare, sottoscrivere e consegnare alla Scuola).

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Stefania Galeotti

Firmato digitalmente da STEFANIA GALEOTTI

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "PAOLINI-CASSIANO"

Via Guicciardini, 2 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 - Fax 0542 27357

SEDE CASSIANO DA IMOLA Via Ariosto 1/c Tel. 0542 613559

C.M. BOIS012005 - C.F. 90032210370

e-mail: bois012005@istruzione.it-bois012005@pec.istruzione.it

https://paolincassiano.edu.it/

(Allegato 1 - Modulo di Richiesta)

MODULO DI RICHIESTA

per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a minorenni)

Al Dirigente Scolastico, Dirigente delle Scuole e dei Servizi
Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località.....Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome).....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome).....

nato ail.....

residente ain Via.....

che frequenta la classe sez

della Scuola

sita in Via Cap

Localitàprov.

CHIEDO in nome e per conto anche dell'altro genitore (barrare la scelta)

☐ di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco).....personalmente o tramiteda me incaricato

(oppure)

☐ che mio/a figlio/a sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione in orario scolastico del farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco).....consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie;

(oppure)

☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da **Certificazione Medica** allegata e rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL (scrivere nome del farmaco).....consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

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, Dirigente delle Scuole e dei Servizi Paritari/Educativi, Direttore dell'Ente di Formazione lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

Numeri di telefono utili: famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

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

In fede

Data

Firma⁽¹⁾ di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998; DPR 445/2000) da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda all'impiegato della scuola

⁽¹⁾Genitore o chi esercita la potestà per gli alunni; nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile); in caso di affidamento esclusivo, la firma dell'affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario.

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "PAOLINI-CASSIANO"

Via Guicciardini, 2 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 - Fax 0542 27357

SEDE CASSIANO DA IMOLA Via Ariosto 1/c Tel. 0542 613559

C.M. BOIS012005 - C.F. 90032210370

e-mail: bois012005@istruzione.it-bois012005@pec.istruzione.it

<https://paolincassiano.edu.it/>

Allegato 2

VERBALE PER LA CONSEGNA DI MEDICINALI

In data alle ore la/il sig.
genitore/ tutore dell'alunno/a frequentante la classe
..... dell' **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "PAOLINI-CASSIANO"**,
Plesso ovvero l'alunno maggiorenne
..... iscritto alla classe dell' **ISTITUTO
DI ISTRUZIONE SUPERIORE "PAOLINI-CASSIANO"**, Plesso

consegna il medicinale

- ☐ che il/ la figlio/a assume autonomamente senza sorveglianza del personale scolastico;
- ☐ che il/la figlio/a assume autonomamente sotto sorveglianza del personale scolastico;
- ☐ che deve essere somministrato al/alla figlio/a in quanto questi non è autonomo/a nell'assunzione;
- ☐ che deve essere somministrato al/alla figlio/a in situazione di emergenza (farmaco salvavita).

Il genitore/ tutore ovvero l'allievo maggiorenne dichiara che:

- la confezione del farmaco è integra;
- egli provvederà a sostituire il medicinale alla data di scadenza ed a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogniquale volta sarà necessario;
- in caso di uscite didattiche e/o viaggi d'istruzione sarà fornito ai docenti accompagnatori un kit da viaggio con i farmaci occorrenti all'alunno/a.

Luogo e data

Firma del genitore/ tutore/ alunno maggiorenne

Firma del dipendente che ha ricevuto il farmaco

Firmato digitalmente da STEFANIA GALEOTTI

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "PAOLINI-CASSIANO"

Via Guicciardini, 2 IMOLA (BO) Tel. 0542 658711 - Fax 0542 27357

SEDE CASSIANO DA IMOLA Via Ariosto 1/c Tel. 0542 613559

C.M. BOIS012005 - C.F. 90032210370

e-mail: bois012005@istruzione.it-bois012005@pec.istruzione.it

<https://paolincassiano.edu.it/>

Allegato 3

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

il/la sottoscritto/a sig./ra genitore/ tutore dell'alunno/a
..... frequentante la classe
dell' **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "PAOLINI-CASSIANO"**, Plesso
..... oppure l'alunno maggiorenne
iscritto alla classe dell' **ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "PAOLINI-CASSIANO"**,
Plesso

dichiara

**di aver liberamente deciso di non lasciare il farmaco salvavita a scuola per motivi personali, sollevando
da ogni responsabilità la scuola stessa.**

Data

Firma del dichiarante