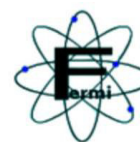




LICEO SCIENTIFICO STATALE "ENRICO FERMI" - c.f. 80047970100
Via Ulanowski, 56 - 16151 Genova - Tel. 010.6459928
E-mail: geps02000c@istruzione.it - Pec: geps02000c@pec.istruzione.it



Circolare n. 13

Alla D.S.G.A
A tutto il personale docente
Ai Genitori degli alunni
dell'Istituto
Albo on line sito web d'Istituto
Atti

OGGETTO: Somministrazione farmaci salva vita a scuola.

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda alle SS.LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i moduli A e B da compilare a cura dei Genitori e del medico curante e da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione (allegato D) da parte degli alunni.

Se i Genitori hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), devono solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso, compilando esclusivamente l'allegato C e l'eventuale autosomministrazione (allegato D)

Le SS.LL., sono invitate a inviare i moduli, entro Ottobre 2023, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

(PEO): geps02000c@istruzione.it

(PEC): geps02000c@pec.istruzione.it

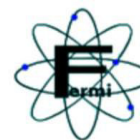
Successivamente i Genitori verranno contattati dall' Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco. I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

Genova 25 settembre 2023

Il Dirigente Scolastico
Prof. Carlo Tasso



LICEO SCIENTIFICO STATALE "ENRICO FERMI" - c.f. 80047970100
Via Ulanowski, 56 - 16151 Genova - Tel. 010.6459928
E-mail: geps02000c@istruzione.it - Pec: geps02000c@pec.istruzione.it



Allegato A

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti
..... genitori dinato
a il residente a
in via..... N.
.....frequentante la classe del LICEO E. FERMI.
.....essendo il minore affetto dalla seguente
patologia
.....e
constatata l'assoluta necessità, con la presente
chiedono che

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili previsti dal Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci salvavita, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico. I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Acconsento al trattamento dei dati personali delle Informazioni ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e successive norme nazionali di adeguamento (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Genitori

.....cell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)

..... cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....



LICEO SCIENTIFICO STATALE "ENRICO FERMI" - c.f. 80047970100
 Via Ulanowski, 56 - 16151 Genova - Tel. 010.6459928
 E-mail: geps02000c@istruzione.it - Pec: geps02000c@pec.istruzione.it



Allegato B

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) (a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale))

Il minore

CognomeNome

.....

Nato il..... a..... Residente a

.....

In via/piazza N.

Città.....

affetto dalla seguente

patologia:..... nel caso si

verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....

.....

.....

.....

..... necessita della somministrazione del seguente

farmaco.....

.....

.....

Modalità di somministrazione

.....

.....

.....

Dose:

.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG



LICEO SCIENTIFICO STATALE "ENRICO FERMI" - c.f. 80047970100
Via Ulanowski, 56 - 16151 Genova - Tel. 010.6459928
E-mail: geps02000c@istruzione.it - Pec: geps02000c@pec.istruzione.it



Allegato C

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____ nato/a

iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso
_____;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della

somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chiedono

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'anno scolastico _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico. I sottoscritti avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Privacy policy

Acconsento al trattamento dei dati personali delle Informazioni ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e successive norme nazionali di adeguamento (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

I Genitori



LICEO SCIENTIFICO STATALE "ENRICO FERMI" - c.f. 80047970100
 Via Ulanowski, 56 - 16151 Genova - Tel. 010.6459928
 E-mail: geps02000c@istruzione.it - Pec: geps02000c@pec.istruzione.it



Allegato D

Al Dirigente Scolastico

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori

dell'alunno/a.....

nato/a ail.....

residente a in via.....

frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....

sita a in Via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che il minore si autosomministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.

.....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali delle Informazioni ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali e successive norme nazionali di adeguamento (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data

Firma dei genitori

.....

.....