



Istituto Istruzione Superiore "Michele Sanmicheli"

I.P. Servizi Commerciali, Servizi per la sanità e l'assistenza sociale
Industria e artigianato per il Made in Italy

I.e.F.P. Operatore promozione e accoglienza, Operatore abbigliamento
Corsi serali per studenti e adulti Servizi per la sanità e l'assistenza sociale

Sede operativa ITS COSMO Fashion Academy style your future

Piazza Bernardi, 2 - 37129 Verona - Tel. 0458003721- Fax 0454937531 - C.F. 80017760234

Succursale: Via Selinunte, 68 - Tel. 0454937530

VRIS009002@istruzione.it - www.sanmicheli.edu.it - VRIS009002@pec.istruzione.it



Verona, 07/10/2022

Circ. 78

**AI GENITORI
AGLI STUDENTI**

OGGETTO: Autorizzazione alla conservazione e somministrazione di farmaci in ambito scolastico

Premessa: si ricorda che le informazioni sullo stato di salute sono protette dalla normativa sulla Privacy e, quindi, il loro trattamento deve essere ridotto al minimo indispensabile a garantire la sicurezza dell'alunno stesso.

La somministrazione di farmaci è riservata al personale medico e paramedico. In determinate circostanze, però, è ammissibile l'intervento di personale non specializzato (c.p. Art. 54 Stato di necessità - *Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.* [...]).

Lo scopo di questa autorizzazione è quello di assicurare il diritto all'istruzione e alla salute di tutti gli alunni e di tutelare la tranquillità del personale riducendo l'incertezza ed il rischio di errori.

FAMIGLIE:

- Si invitano le famiglie interessate a comunicare alla Dirigente Scolastica eventuali gravi patologie e le eventuali situazioni di rischio tempestivamente.
- A fornire alla Scuola tutta la documentazione utile per la prevenzione del rischio, assicurandosi che copia della documentazione sia disponibile nella sede in cui il/la proprio/a figlio/a frequenta.
- A fornire alla Scuola e tenere aggiornati i contatti telefonici d'emergenza.
- A compilare i moduli in allegato alla presente circolare con le indicazioni operative.
- A consegnare i farmaci salvavita alla sede di frequenza del/la proprio/a figlio/a.

Si fa presente che la modulistica per la somministrazione deve essere presentata OGNI ANNO, così come deve essere effettuato il controllo per la scadenza dei farmaci DA PARTE DELLA FAMIGLIA E DEL PERSONALE SCOLASTICO.



La Dirigente scolastica
Prof.ssa Sara Agostini

Sara Agostini

Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare alla Dirigente Scolastica)

I Sottoscritti:

e

_____ *Cognome e Nome*

_____ *Cognome e Nome*

genitori o

in veste di: soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno/a:

_____ *Cognome e Nome*

nato/a a : _____

in data: _____

frequentante la classe: _____

dell'indirizzo: _____

con sede in Via: _____

del Comune di: _____

essendo il/la minore affetto/a da:

_____ *Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l'assoluta necessità,

CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : _____

dal Dott. _____

Si precisa che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario** e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, _____

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Firma del genitore o
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico:

Genitori:

Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE
(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO
IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno/a: _____

Cognome e Nome

Nato/a a : _____ in data: _____

residente in via: _____ del comune di: _____

frequentante la classe: _____ dell'indirizzo: _____

con sede in Via: _____

affetto/a da: _____

Riportare la patologia diagnosticata

vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),

- constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA:

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

1° FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

2° FARMACO Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e modalità di somministrazione: _____

Modalità di conservazione: _____

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: _____

Eventuali note: _____

Data,
