



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE VIA GRAMSCI

TURISMO - AMMINISTRAZIONE, FINANZA E MARKETING – CORSO SERALE (AFM)
GRAFICA E COMUNICAZIONE - COSTRUZIONI, AMBIENTE E TERRITORIO
(VIA GRAMSCI SNC – VALMONTONE – RM)
MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA - PRODUZIONI INDUSTRIALI E ARTIGIANALI
(VIA PALIANESE KM. 1,200 – COLLEFFERRO – RM)
AMMINISTRAZIONE, FINANZA E MARKETING – LICEO DELLE SCIENZE UMANE
(VIA SCROCCAROCCHO, 20 – SEGNI – RM)

Sito Web: www.iisviagramsci.edu.it e-mail rmis099002@istruzione.it PEC rmis099002@pec.istruzione.it



Via Gramsci snc – 00038 Valmontone (RM)



C. F. 95036960581

Circ. n. 37

Valmontone, 03 ottobre 2024

- Al Personale Docente
sede di Colleferro
- Al Personale ATA e p.c.
sede di Colleferro
- Al D.S.G.A.
- Al sito web

Oggetto: Verifica disponibilità del personale alla somministrazione di farmaco salvavita a scuola.

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente uno studente affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaco salvavita, si chiede a tutto il personale in servizio presso la sede di Colleferro la propria disponibilità alla somministrazione.

La scrivente ha avuto già cura di richiedere alla ASL di competenza l'effettuazione di apposita "formazione in situazione".

Il personale disponibile, fermo restando che secondo il parere della Procura della Repubblica di Treviso per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità mail all'indirizzo istituzionale rmis099002@istruzione.it entro lunedì 7 ottobre.

Si ringrazia per la consueta faticosa collaborazione.

Si allegano moduli da compilare a cura della famiglia e del Medico curante (Allegati 1 e 2) e a cura della scuola (Allegato3).

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Benedetti

*Firma sostituita a mezzo stampa ai sensi
del CAD e normative connesse*



RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti e

.....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a

.....

frequentante la classe della

scuola.....

nell'annoscolastico....., affetto

da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.

.....

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra

.....

di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:

La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato,

Lotto scadenza e relativa prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....



Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico.

In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN
AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome

..... Nato il.

a.....

Residente a

.....

In

via.....

... Frequentante la classe..... della

scuola..... sita a in Via

..... Affetto da

..... **Nome**

commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

Salvavita

Indispensabile

Modalità di somministrazione:

.....

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:

.....

Modalità di conservazione:

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

Parziale autonomia

Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

.....
Descrizione dell'evento che richiede la
somministrazione.....
.....
.....
Dose:
.....
Modalità di somministrazione:
.....
Modalità di conservazione:
.....

Note.....

.....

(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante

.....



