

	<p align="center"><b>ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE</b>  <b>"Michele Maria MILANO"</b>                  Via dello Sport, 25 - 89024 POLISTENA (RC)                  TEL.: 0966.931047 - C.F.: 82000860807 - C.M.: RCTF030008  <a href="mailto:rctf030008@istruzione.it">rctf030008@istruzione.it</a> - <a href="mailto:RCTF030008@PEC.ISTRUZIONE.IT">RCTF030008@PEC.ISTRUZIONE.IT</a> - <a href="http://www.itispolistena.edu.it">www.itispolistena.edu.it</a></p>			
	<p align="center">ELETTRONICA ED Elettrotecnica - Grafica e Comunicazione -                  Informatica e Telecomunicazioni - Meccanica, Meccatronica ed Energia – Sistema Moda  <b>CORSO SERALE PER ADULTI: TRIENNIO DI ELETTRONICA ED Elettrotecnica</b></p>			
		<p align="center">We prepare for                    English Qualifications™</p>		

**Comunicazione n. 38**

**Polistena, 16/10/2023**

Al Personale docente  
 Al Personale ATA  
 Al DGSA

Al Sito Web/Atti

**Oggetto: Disposizioni sulla somministrazione dei farmaci in orario scolastico**

### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Viste le **Raccomandazioni** emanate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero della Salute del 25.11.2005;
- Valutato che il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che **non richiede il possesso di cognizioni specialistiche** di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'alunno che interviene;

### D I S P O N E

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico si faccia riferimento alle predette linee guida e al **Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico** allegato alla presente.

Il personale (docente ed ATA) disponibile alla somministrazione dei farmaci è pregato di compilare l'allegato n. 5.

F.to Il Dirigente Scolastico

**D.ssa Simona PROCHILO**

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3, c.2 D.lgs. n.39/93)*

**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'ITIS "Conte Milano"  
Polistena (RC)

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

- Genitore \*
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....

nato a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico 2022/23 la classe.....

**CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**
- Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

**Si allega:**

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Numeri di telefono utili: Medico Curante** .....

**Genitori** .....

**Polistena, ..../..../....**

**Firma\*** .....

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

**Allegato 2**

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'ITIS "Conte Milano"  
Polistena (RC)

Il minore .....

nato il .....residente a.....

e frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

.....

Pertanto:

**Necessita**

**La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

**La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

.....  
.....

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....  
.....  
.....

Modalità di conservazione del farmaco

.....

Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....

È prevista l'**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell'alunno

**SI**  **NO**

**Data,** .....

**timbro e firma del medico**

**Recapito in caso di emergenza**

**Allegato 3**

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'ITIS "Conte Milano"  
Polistena (RC)

In data ..... alle ore ..... la/il sig.....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... consegna nelle mani di  
..... una confezione nuova ed integra del  
farmaco.....n. lotto con scadenza..... da somministrare all'alunno/a secondo le  
modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui  
allegata.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori\* .....

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

**Si allega:**

copia dell'**Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Isola di capo Rizzuto, .....

	<b>ISTITUTO TECNICO INDUSTRIALE STATALE "Michele Maria MILANO"</b> Via dello Sport, 25 - 89024 POLISTENA (RC) TEL.: 0966.931047 - FAX: 0966.940790 C.F.: 82000860807 - C.M.: RCTF030008 <a href="mailto:rctf030008@istruzione.it">rctf030008@istruzione.it</a> - <a href="mailto:RCTF030008@PEC.ISTRUZIONE.IT">RCTF030008@PEC.ISTRUZIONE.IT</a> - <a href="http://www.itispolistena.edu.it">www.itispolistena.edu.it</a>	
	ELETTRONICA ED ELETTROTECNICA - GRAFICA E COMUNICAZIONE - INFORMATICA E TELECOMUNICAZIONI - MECCANICA, MECCATRONICA ED ENERGIA – SISTEMA MODA <b>CORSO SERALE PER ADULTI: TRIENNIO DI ELETTRONICA ED ELETTROTECNICA</b>	

**Allegato 4**

**Polistena,**

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso la Direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ....

per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

F.to Il Dirigente Scolastico

**D.ssa Simona PROCHILO**

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3, c.2 D.lgs. n.39/93)*

**Allegato 5**

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico  
dell'ITIS "Conte Milano"  
Polistena (RC)

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe .....

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....della classe.....

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data

FIRMA

---