LICEO SCIENTIFICO "G. GALILEI"LANCIANO
Prot. 0012961 del 19/12/2022
IV-8 (Entrata)

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it*
E-mail: chps02000e@istruzione.it PEC: chps02000e@pec.istruzione.it

PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

PREMESSO CHE:
La Costituzione Italiana,

- all'art. 32 tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- all'art. 34 stabilisce che la Repubblica rende effettivo il diritto allo studio;

VISTI:

- la Raccomandazione del 25/11/2005 emanata dal MIUR contenente le **Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico**, per la tutela del diritto allo studio degli studenti;
- il protocollo d'intesa tra la Regione Abruzzo e l'Ufficio Scolastico Regionale per l'Abruzzo per "Un piano integrato di accoglienza e assistenza del minore con diabete nelle scuole di ogni ordine e grado";

TENUTO CONTO:

- che la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuti l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la Scuola (orario scolastico);
- che a Scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

DISPONE

il seguente Protocollo, in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e Istituzione scolastica.

ART. 1 – CAMPO D'INTERVENTO

1. Non si prevede in generale la somministrazione di farmaci presso le scuole.
2. La somministrazione di farmaci deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle ASL; tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.
3. In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità, come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute.
4. Durante l'orario scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire in altro momento e la cui omissione può causare danni alla salute dell'allievo.
5. La somministrazione può avvenire solamente in virtù di un rapporto fiduciario fra genitori ed operatori scolastici e sempre su formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.
6. Da parte degli operatori scolastici, che diano la loro disponibilità volontariamente, possono essere somministrati solamente farmaci somministrabili anche in ambiente domestico principalmente per via orale, aerosol e simili; la somministrazione di farmaci per via parenterale è prevista solo in caso di urgenza e per rarissimi casi particolari.

7. Il genitore o tutore legale, nell'interesse del proprio figlio, è tenuto a segnalare tempestivamente qualsiasi patologia in atto che potenzialmente possa determinare una situazione di emergenza.

ART. 2 – MODALITA' D'INTERVENTO

CASO 1 – RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO DA PARTE DEL PERSONALE SCOLASTICO

1. La richiesta di somministrazione del farmaco deve essere inoltrata da parte dei genitori o dal tutore al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo allegato (ALLEGATO 1). Con tale richiesta i genitori o il tutore autorizzano il personale della scuola che si renderà disponibileall'incarico a somministrare il farmaco, **sollevandolo da ogni responsabilità civile e penale che derivi dalla somministrazione della terapia farmacologica contenuta in suddetta richiesta**. Quest'ultima deve essere accompagnata dalla **prescrizione rilasciata dal Pediatra o dal Medico Curante** (ALLEGATO 2), dalla quale si evinca l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico e la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

   Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:
   - stato di malattia dell'alunno
   - prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile
   - l'assoluta necessità
   - la somministrazione indispensabile in orario scolastico
   - la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
   - la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario

   Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:
   - nome e cognome dello studente
   - nome commerciale del farmaco
   - descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
   - dose da somministrare
   - tempi di somministrazione (eventuale somministrazione altra dose)
   - modalità di somministrazione del farmaco
   - i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli
   - modalità di conservazione del farmaco
   - durata della terapia
2. Il Dirigente Scolastico concorda con la famiglia orari e modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui un famigliare o suo delegato possa recarsi presso la scuola.
3. Qualora sia impossibile a un genitore o suo delegato recarsi a scuola, il Dirigente Scolastico verifica se tra il personale vi sia qualcuno disponibile e con opportuna e adeguata formazione certificata dai servizi sanitari territoriali. Il Dirigente scolastico, vista la richiesta inoltrata dai genitori, verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la somministrazione dei farmaci. Il Dirigente acquisisce la disponibilità tra il personale docente ed ATA preferibilmente tra gli operatori che abbiano seguito icorsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 626/94 o nell'ambito del personale già nominato come addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D. M. 388/03) e li autorizza alla somministrazione.

4. Se necessario, il Dirigente organizza con il Pediatra di base un incontro formativo con gli insegnanti interessati, del quale verrà redatto apposito verbale con firma dei partecipanti, protocollato e messo agli atti nel fascicolo personale dell'alunno/a (ALLEGATO 3). Potranno, altresì, essere promossi, nell'ambito della programmazione delle attività di formazione degli Uffici Scolastici regionali, specifici moduli formativi per il personale docente ed ATA, anche in collaborazione con le ASL e gli Assessorati per la Salute e per i Servizi Sociali e le Associazioni.
5. Chi avesse validi e documentati motivi per rifiutare tale incarico è tenuto a segnalare per iscritto al Dirigente scolastico, motivandone le ragioni.
6. Qualora nessun insegnante sia disponibile o non vi siano persone formate, il Dirigente potrà interessare i servizi sanitari territoriali. Se anche questi non fossero disponibili, il Dirigente potrà rivolgersi ai servizi o alle associazioni di volontariato. In caso di mancanzadi disponibilità da parte di questi ultimi, il Dirigente ne dà comunicazione formale e motivata ai genitori e al Sindaco dei Comune di residenza dell'alunno.
7. Dopo aver acquisito la disponibilità del personale della scuola, il Dirigente autorizza gli operatori alla somministrazione dei farmaci mediante comunicazione ufficiale ai docenti interessati (ALLEGATO 4).
8. Il Dirigente, o suo delegato, effettua una verifica delle strutture scolastiche individuando il luogo fisico idoneo alla conservazione e alla somministrazione dei farmaci. I genitori consegnano al Dirigente, o al suo delegato, il farmaco sottoscrivendo apposito verbale di consegna (ALLEGATO 5).
9. La somministrazione del farmaco salvavita viene registrata puntualmente (giorno, ora e posologia) e ne viene data segnalazione al Dirigente Scolastico e alla famiglia (ALLEGATO 6).

N.B. Nel caso di alunni che necessitino di farmaci salvavita o farmaco che non richieda un'assunzione periodica e sistemica ma occasionale per far fronte a situazioni di emergenza medica, il personale scolastico, che si è precedentemente dichiarato disponibile, è tenuto a farsicarico della somministrazione e, contestualmente, dare immediata comunicazione alla famiglia e chiamare il servizio di pronto soccorso nazionale 118. **In ogni caso gli addetti all'emergenza non possono rifiutarsi di somministrare i farmaci salvavita in quanto ciò rientra nelle competenze relative alla gestione delle emergenze.**

CASO 2 – RICHIESTA AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACO

1. I genitori possono inoltrare al Dirigente scolastico formale richiesta di auto-somministrazione del farmaco da parte del proprio figlio, sia in caso di emergenze mediche sia in caso di terapie farmacologiche sistemiche e prolungate nel tempo (ALLEGATO 7). I genitori sono tenuti a specificare il possesso della reale capacità da parte del minore di auto – somministrarsi il farmaco. La richiesta deve essere accompagnata dalla **prescrizione rilasciata dal Pediatra o Medico Curante**, dalla quale si evinca l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico. La prescrizionemedica deve inoltre contenere, esplicitato in modo chiaro e leggibile:
   - nome e cognome dell'allievo;
   - nome commerciale del farmaco;
   - dose da somministrare;
   - modalità di somministrazione del farmaco;
   - durata della terapia.
2. Per poter soddisfare questa esigenza, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola, anche la dicitura che: "Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola". La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico.
3. Il Dirigente scolastico, acquisita la richiesta dei genitori, convoca la famiglia per concordare orari e

modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui debba avvenire l'auto-somministrazione. Di tale incontro sarà redatto apposito verbale da conservare nel fascicolo personale dell'alunno.

4. Il Dirigente scolastico predispone l'informativa ai docenti di tutto il consiglio di classe.

CASO 3 – RICHIESTA ACCESSO AI LOCALI DELLA SCUOLA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO AL PROPRIO FIGLIO

1. I genitori possono inoltrare al Dirigente scolastico formale richiesta di accesso ai locali della scuola per somministrare farmaci al proprio figlio, sia in caso di emergenze mediche sia in caso di terapie farmacologiche sistemiche e prolungate nel tempo (ALLEGATO 8). La richiesta deve essere accompagnata dalla **prescrizione rilasciata dal Pediatra o Medico Curante**, dalla quale si evinca l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico. La prescrizione medica deve inoltre contenere, esplicitato in modo chiaro e leggibile:
   - nome e cognome dell'allievo;
   - nome commerciale del farmaco;
   - dose da somministrare;
   - modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
   - durata della terapia.
2. Il Dirigente scolastico, acquisita la richiesta dei genitori, convoca la famiglia per concordare orari e modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui un familiare o suo delegato possa recarsi presso la scuola. Di tale incontro sarà redatto apposito verbale da conservare nel fascicolo personale dell'alunno.
3. Il Dirigente scolastico autorizza con comunicazione formale i genitori o loro delegato ad accedere ai locali della scuola per somministrare il farmaco, secondo le modalità concordate durante l'incontro con la famiglia o ogniqualvolta sia necessario intervenire in seguito ad emergenza medica.
4. Il Dirigente scolastico predispone l'informativa ai docenti di tutto il consiglio di classe.

ART. 4 – GESTIONE DELL'EMERGENZA

La normativa prescrive il ricorso al Servizio Territoriale di Emergenza (118) nei casi in cui si ravvisi la necessità di interventi non precedentemente richiesti e/o autorizzati dal genitore o tutore e non differibili in relazione alla gravità dell'intervento.

Per ciascuno dei suddetti casi la richiesta e le autorizzazioni concesse dal Dirigente scolastico hanno validità annuale. La modulistica può essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico, in relazione anche ai possibili sviluppi riguardanti la situazione medico – clinica degli alunni. La documentazione deve essere aggiornata dai genitori, se necessario anche nel corso dell'anno scolastico, qualora si verifichino cambiamenti nella situazione medica o nella terapia farmacologica precedentemente comunicata.

La modulistica è disponibile sul sito web della scuola o richiedibile alla segreteria dell'istituto.

La documentazione prodotta, indirizzata al Dirigente Scolastico, dovrà essere consegnata al protocollo in segreteria.

Il coordinatore di classe informerà il consiglio di classe, i docenti e i collaboratori scolastici del plesso. La funzione strumentale Area 1, Didattica individualizzata per il successo formativo, sarà incaricatadi verificare la corretta e pronta diffusione delle informazioni relative alle specifiche situazioni mediche segnalatedai genitori, redigendo se necessario sulla base della documentazione medica prodotta dalla famiglia un'informativa indirizzata a tutti i docenti con numeri di telefono delle famiglie e dei servizi di emergenza sanitaria.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Monica DE ROSA
(Firma omessa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. n. 39/1993)

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it*
E-mail: chps02000e@istruzione.it PEC: chps02000e@pec.istruzione.it

ALLEGATO 1

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA DA PARTE DI PERSONALE SCOLASTICO

(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti..... genitori di ..... nato a ..... il ..... residente a …….. in via ..... n. ….. frequentante la classe..... della Scuola ……. sita a…… Via ..... n. ....., essendo il minore affetto da ….....
e constatata l'assoluta necessità, con la presente

CHIEDONO

che, nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia, venga somministrato il farmacosalvavita …….

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed all'eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118, sollevandolo da ogni responsabilità civile e penale che derivi dalla somministrazione della terapia farmacologica contenuta nella presente richiesta.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:
- Genitori .....cell/abitazione …….....
- Pediatra di libera scelta/medico curante ……cell/studio…….....
- Se seguito/a presso Centro Specialistico, indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento …….. tel. **…….**

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it*
E-mail: chps02000e@istruzione.it PEC: chps02000e@pec.istruzione.it

ALLEGATO 2

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(a cura del Pediatra o Medico Curante; consegnare al Dirigente Scolastico)

Il minore

Cognome …….……Nome .....

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

In via/piazza .....…… N. ….

affetto dalla seguente patologia:

…….. ….....…

nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza…….

……

……

……..

necessita della somministrazione del seguente farmaco……..

……

……

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco .....

……

……...

Dose:.....

Eventuali note:

……

……

…… …..

Luogo e data

Timbro e firma del Pediatra /MMG

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it*
E-mail: chps02000e@istruzione.it PEC: chps02000e@pec.istruzione.it

ALLEGATO 3

VERBALE INCONTRO DI COORDINAMENTO

A seguito della richiesta del_____inoltrata dai genitori di_____classe _____ il dirigente (o suo delegato), il personale della scuola, il pediatra e i genitori si sono riuniti e accordati in data odierna circa la possibilità e la modalità di somministrazione del farmaco a scuola.
Luogo di conservazione del farmaco:_____
Eventuali modalità particolari da osservare nella somministrazione:

_____
_____
_____
_____
_____

I genitori autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e sollevano lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso. La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai numeritelefonici già depositati in segreteria.

Il Pediatra_____Il Dirigente (o suo delegato)_____

Il Personaledella scuola_____

_____

I/Il Genitori/e * _____

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà.

Lì, _____

TUTTA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

1. RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (ALL. 1)
2. CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A FIRMA DEL PEDIATRA(ALL. 2)
3. AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI (ALL. 4)
4. VERBALE PER CONSEGNA E CONSERVAZIONE MEDICINALE SALVAVITA E/O INDISPENSABILE (ALL. 5)
6. PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (ALL.)
7. RICHIESTADI AUTOSOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI (ALL.)
8. DICHIARAZIONI PERSONALI SOMMINISTRAZIONE FARMACI (ALL.)

È REDATTA IN DUPLICE COPIA ORIGINALE DI CUI UNA VIENE CONSEGNATA AI GENITORI, L'ALTRA, SOTTOSCRITTA DAI GENITORI PER RICEVUTA O ACCETTAZIONE, VIENE CONSERVATA NEL FASCICOLO PERSONALE DELL'ALUNNO/A (con specifico numero di protocolloda comunicare alla famiglia).

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it* *E-mail: chps02000e@istruzione.it* *PEC: chps02000e@pec.istruzione.it*

ALLEGATO 4

AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

Alla Squadra di Primo Soccorso

Al Personale Docente

Al personale ATA

Oggetto: Autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaci **salvavita e/o indispensabile** all'alunno/a ..... frequentante la classe .....
scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
dal/i Sig……. .....
per il/la figlio/a .....
relativa alla somministrazione del farmaco salvavita e/o indispensabile,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
AUTORIZZA

a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

1. I genitori consegneranno al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale ……da somministrare all'alunno/a ……nella dose di …… come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
2. I genitori provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinalesarà terminato o scaduto.*
3. Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione**……
4. Il medicinale sarà somministrato all'alunno/a, dopo aver verificato nome, scadenza, dose e orario di somministrazione del farmaco con quanto riportato nella certificazione medica allegata, da*** ....

Se trattasi di farmaco salvavita, il personale incaricato si atterrà al PIANO DI AZIONE.

Luogo e Data .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il personale incaricato (firma)

PERSONALE DOCENTE	SQUADRA DI PRIMO SOCCORSO
……	……..
……..…	……..
……	…….....
…….	……..
……	…….

*Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto.
**Indicare il luogo della custodia.
***Indicare il nominativo del personale incaricato.

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it*
E-mail: chps02000e@istruzione.it PEC: chps02000e@pec.istruzione.it

ALLEGATO 5

VERBALE PER CONSEGNA E CONSERVAZIONE FARMACO SALVAVITA

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Il/la sottoscritto/a.....genitore.…….....……..
dell'alunno…….frequentante la classe .....della scuola
……..

CONSEGNA

agli operatori scolastici il farmaco salvavita ..... da somministrare al/all'alunno/a in caso di..... nella dose da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data …… dal dott. .....

Il genitore:

1. ***provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato;***
2. ***inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.***

Il personale scolastico autorizzato …… deposita e conserva il farmaco nel luogo concordato dalle parti interessate, ovvero … ….....…..... (vedi ALLEGATO 3).
Copia della certificazione medica, allegata alla presente, verrà spillata alla confezione del farmaco con il nome e cognomedell'alunno/a.

Luogo e data

Luogo e Data ..... il .....

I genitori ……. …….

Il personale autorizzato …….. …… …….

……. …….. …….

Il Dirigente Scolastico

……..

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

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it*
E-mail: chps02000e@istruzione.it PEC: chps02000e@pec.istruzione.it

ALLEGATO 6

SCHEDA RIEPILOGATIVA DEGLI EVENTI CRITICI

(a cura degli operatori scolastici)

(Relativa alla somministrazione dei "farmaci salvavita") VERIFICATESI NELL'ANNO SCOL. _____

NELL'ISTITUTO SCOLASTICO _____

DATA E ORA	**ALUNNO**	**SITUAZIONE VERIFICATASI**	**INTERVENTO EFFETTUATO DALL'OPERATORE SCOLASTICO, POSOLOGIA E FIRMA OPERATORE**

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it*
E-mail: chps02000e@istruzione.it PEC: chps02000e@pec.istruzione.it

ALLEGATO 7

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti genitori
di ..... nato a ..... il .....residente
a ..... in via..... frequentante la
classe ..... della Scuola..... sita
a ..... in Via.....
essendo il minore affetto da ……, constatata l'assoluta necessità e tenendo conto che il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola,

CHIEDONO

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 data.....dal dott. …..
Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento deidati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

....

.....……..

LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. GALILEI"
Via Don Minzoni, n. 11 - 66034 Lanciano (CH) -Tel. 0872/40127
Codice Fiscale 90021230694– *sito web: www.scientificogalileilanciano.edu.it*
E-mail: chps02000e@istruzione.it PEC: chps02000e@pec.istruzione.it

ALLEGATO 8

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ACCESSO AI LOCALI PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO DA PARTE DI UN GENITORE O SUO DELEGATO

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Il/la sottoscritto/a_____nato a_____il_____

_____in qualità di

o Genitore

o Esercente la potestà genitoriale

Il/la sottoscritto/a_____nato a_____il_____

_____in qualità di

o Genitore

o Esercente la potestà genitoriale

di_____

nato a_____il_____
frequentante la classe_____/sezione _____

del Liceo Scientifico Galilei di Lanciano

CHIEDE

o di poter accedere

o poter far accedere suo delegato, sig.re/ra

_____
ai locali scolastici durante l'orario scolastico

o nei giorni

_____

o nel seguente orario

_____

in occasione di emergenza medica causata dalla patologia riportata nella certificazione medica per il tempo strettamente necessario alla somministrazione della terapia farmacologica secondo l'allegata autorizzazione medica.

In fede

Firma dei genitori _____

_____

Numeri di telefono utili:

medico curante:_____

genitori:_____