



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "Don Mauro Costantini"

Comuni di Serra San Quirico - Mergo - Rosora
Via A. Gramsci, 20 - 60048 SERRA SAN QUIRICO (AN)
Tel. 0731 86033 - 868028 - Fax 0731 86023



www.scuolaserrasq.gov.it – anic80900g@istruzione.it – PEC: anic80900g@pec.istruzione.it

Codice Fiscale n. 90009390429 – Codice Meccanografico: ANIC80900G

FARMACI A SCUOLA



Con la nota n. 2312/Dip/Segr del 25/11/2005 il Ministro dell'Istruzione d'intesa con quello della Salute ha emanato le Raccomandazioni contenenti "le Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica".

Si ricorda che
la somministrazione dei farmaci a scuola è subordinata (art.4):

- alla **richiesta formale della famiglia** a fronte di un **certificato medico** attestante lo stato di malattia
- alla **verifica** del Dirigente scolastico delle **strutture** e della **disponibilità degli operatori scolastici** in servizio
- alla **formale autorizzazione** del Dirigente scolastico

Si ricorda inoltre che

→ l'autorizzazione ha **validità per l'anno scolastico in corso** e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico e in corso dello stesso anno, se necessario.

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

→ ai fini dell'autorizzazione va utilizzato il modulo allegato.



Da compilare, firmare e restituire all'insegnante

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Dirigente Scolastico

Il genitore _____ dell'alunno/a _____

della classe _____ di scuola Infanzia/Primaria/Secondaria 1° grado di _____

presenta formale richiesta di somministrare al proprio figlio/a il farmaco _____

con la seguente modalità (periodicità, orari, dosaggio, ecc.):

Il genitore si assume ogni responsabilità per il farmaco che porta a scuola e autorizza il personale scolastico incaricato a somministrarlo come sopra esposto escludendoli da qualsiasi responsabilità **(allega fotocopia del certificato medico)**.

FIRMA DEI GENITORI _____

Data: _____

Data: **VISTO, SI AUTORIZZA** La *Dirigente Scolastica*