



Istituto di Istruzione Superiore "ARTEMISIA GENTILESCHI"

via Sarteschi, 1 - 54033 CARRARA - C.F. 82002170452 - tel. 0585 75561

e-mail: msis014009@istruzione.it (PEO) – msis014009@pec.istruzione.it (PEC)

cod. mecc. MSIS014009 - codice univoco: UFF SB7 - U.R.L.: <https://www.poloartisticgentileschi.edu.it>

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
dell'IIS Gentileschi
Carrara

Il sottoscritto , nato a.....(.....), il..... , residente
a (.....), indirizzo:
.....nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci)

e La sottoscritta , nata a..... (.....), il , residente a
..... (___), indirizzonella qualità di genitore (o
chi ne fa le veci) dell'alunno/a nato a.....il..... e frequentante
nell'anno scolastico 2019/20 la classe..... della sede di

CHIEDE/CHIEDONO

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

A tal fine:

AUTORIZZA/AUTORIZZANO

- **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.**

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
-

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n. 5336/ del 2-9-2015: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numeri di telefono utili:

Medico Curante

Genitori

....., .../.../....

Firma.....



Istituto di Istruzione Superiore "ARTEMISIA GENTILESCHI"

via Sarteschi, 1 - 54033 CARRARA - C.F. 82002170452 - tel. 0585 75561

e-mail: msis014009@istruzione.it (PEO) – msis014009@pec.istruzione.it (PEC)

cod. mecc. MSIS014009 - codice univoco: UFF SB7 - U.R.L.: <https://www.poloartisticogentileschi.edu.it>

Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 2

Al Dirigente Scolastico
dell'IIS Gentileschi
Carrara

Il sottoscritto medico curante dell'allievo....., nato a
....., il, residente a..... e
frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:

Pertanto:
Necessita

La somministrazione di farmaci salvavita in ambito scolastico

In caso di

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo
.....
.....
- Modalità di somministrazione (orari, posologia, modalità e tempi 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.....

Gentile Dottore/Dottoressa, Desideriamo informarLa che i dati contenuti nella presente certificazione saranno trattati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.



Istituto di Istruzione Superiore "ARTEMISIA GENTILESCHI"

via Sarteschi, 1 - 54033 CARRARA - C.F. 82002170452 - tel. 0585 75561

e-mail: msis014009@istruzione.it (PEO) – msis014009@pec.istruzione.it (PEC)

cod. mecc. MSIS014009 - codice univoco: UFF SB7 - U.R.L.: <https://www.poloartisticogentileschi.edu.it>

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Allegato 3

Al Dirigente Scolastico

dell'IIS Gentileschi

Carrara

In data alle ore la/il sig.....genitore dell'alunno/a
..... frequentante la classe della sede di
..... consegna a.....una confezione nuova ed integra del
farmaco..... 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 relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

.....,



Istituto di Istruzione Superiore "ARTEMISIA GENTILESCHI"

via Sarteschi, 1 - 54033 CARRARA - C.F. 82002170452 - tel. 0585 75561

e-mail: msis014009@istruzione.it (PEO) – msis014009@pec.istruzione.it (PEC)

cod. mecc. MSIS014009 - codice univoco: UFF SB7 - U.R.L.: <http://www.poloartisticogentileschi.edu.it>

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

Allegato 4

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'Istituto ISS Gentileschi - Carrara , 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:

IL Dirigente Scolastico

.....



Istituto di Istruzione Superiore "ARTEMISIA GENTILESCHI"

via Sarteschi, 1 - 54033 CARRARA - C.F. 82002170452 - tel. 0585 75561

e-mail: msis014009@istruzione.it (PEO) – msis014009@pec.istruzione.it (PEC)

cod. mecc. MSIS014009 - codice univoco: UFF SB7 - U.R.L.: <http://www.poloartisticogentileschi.edu.it>

Disponibilità a somministrare i farmaci

Allegato 5

Al Dirigente Scolastico

dell'IIS Gentileschi

di Carrara

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... docente / personale ATA dell'IIS. Gentileschi presso la sede di....., 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.

FIRMA

.....

.....