



Unione Europea

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle
Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia
Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per
l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale
Ufficio IV



ISTITUTO COMPRENSIVO SETTIMO I

VIA BUONARROTI, 8 – 10036 SETTIMO TORINESE (TO)

Tel . 011/8028630 — C.F. 97796330013 – CODICE UFFICIO UF0LWT

e-mail: TOIC8A900C@ISTRUZIONE.IT – PEC: TOIC8A900C@PEC.ISTRUZIONE.IT
<https://www.icsettimo1.edu.it>

C.I. n. 12 del 14-9-2022

Cortese att.ne Famiglie IC Settimo I
p.c. docenti

Oggetto: SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO.

Gentili famiglie,

per consentire la tempestiva attivazione del corso dedicato al Personale Scolastico sulla somministrazione di farmaci in orario scolastico, è necessario che tutte le famiglie che ne abbiano titolo presentino formale richiesta utilizzando la modulistica di seguito allegata, già presente sul sito della scuola, **entro il 30 settembre 2022**.

I moduli compilati dovranno essere inviati via mail alla segreteria didattica utilizzando l'indirizzo **toic8a900c@istruzione.it**

N.B. Si specifica che i nominativi dei docenti e dei collaboratori scolastici richiesti nell'allegato 2 verranno inseriti a cura della scuola e non dovranno pertanto essere indicati in sede di compilazione da parte dei genitori.

Vi ringrazio in anticipo per la sempre preziosa collaborazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Maria ZINDATO

(firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, c. 2 del D.L. n. 39/1993)

**Allegato 1
RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

Al Dirigente Scolastico

Il /i sottoscritto/i

genitore/i affidatario/i- tutore/i
dell'alunno/a

.....
frequentante la classe.....

della scuola.....

.....
nell'anno scolastico.....

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

.....

vista la specifica patologia dell'alunno:

Richiede/ono

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico
- L'intervento specifico.....
-
- L'affiancamento e/o la vigilanza nell'autosomministrazione e/o nell'intervento specifico

Barrare la/e voce/i che interessa/no

Allega:

- certificazione medica attestante la terapia farmacologia in atto e/o l'intervento specifico necessario

Data

FIRMA del/i genitore/i/tutore

Allegato 2

RICHIESTA/DELEGA

Al Dirigente Scolastico /Direttore Agenzia Formativa)Prof.....

Direzione Didattica /Istituto/Agenzia.....

I sottoscritti (padre)..... e (madre).....
 in qualità di Genitori/Tutori del minore.....
 iscritto per l'anno scolastico.....presso la scuola/l'istituto/agenzia.....

 classe/sezione.....

chiedono a codesta Direzione:

- di autorizzare il seguente personale scolastico:

	cognome e nome	qualifica
1)
2)
3)
4)

a seguire il percorso di informazione/formazione/addestramento per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, così come da prescrizione medica in allegato;

- di attivare, al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, le procedure necessarie a garantire, in orario scolastico, l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno, così come da certificazione medica in allegato.

I sottoscritti con la presente, **delegano formalmente** il personale scolastico o dell'agenzia formativa in elenco all'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico, al termine del suddetto percorso di informazione/formazione/addestramento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SI'

NO

In fede (firma padre)..... (firma madre).....

(in caso di genitore/tutore assente o impossibilitato a firmare)

Il sottoscritto.....genitore dell'alunno.....

dichiara sotto la propria responsabilità che tale richiesta viene inoltrata anche a nome e per conto del genitore/tutore assente.....

Firma.....

Luogo..... data.....

Numeri di telefono utili:

- Genitore (padre).....
- Genitore (madre).....
- Altri numeri utili.....

Allegato 3

**INDICAZIONI
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI
IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

Il minore

Cognome.....

Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

affetto dalla seguente patologia:.....

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia farmacologica:

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente:

.....

Modalità di somministrazione

Orario di somministrazione/dose

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione

Dose:.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

e/o

presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:

.....

Modalità di esecuzione:

Orario di esecuzione dell'intervento/i.....

Eventuali note:

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

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico