



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
— 1872 —

Via di Vigna Murata n. 571/573 - 00142 ROMA ☎ 06.93578629 – 06.121127240
✉ rmta070005@istruzione.it - PEC: rmta070005@pec.istruzione.it 🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

CIRCOLARE N. 12

Agli studenti e loro
genitori/rappr.legali
Ai Convittori e Semiconvittori
A tutto il personale
e p.c. alla DSGA e sito web

OGGETTO: Somministrazione farmaci salvavita.

Si informa che per la **somministrazione di farmaci** salvavita agli studenti, i genitori/rappresentanti legali potranno presentare formale richiesta, utilizzando la modulistica allegata alla presente e disponibile anche nell'area "Servizi - Modulistica alunni-famiglie" del sito web, debitamente compilata e corredata dalla certificazione medica attestante lo stato di malattia dello studente/studentessa e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (modalità, tempi di somministrazione, posologia, conservazione).

Si precisa, ad ogni buon fine, che è compito della famiglia/rapp. legali:

- fornire il farmaco,
- verificarne la scadenza e l'integrità,
- procedere all'eventuale sostituzione.

Per una migliore gestione della documentazione **SI CHIEDE DI INSERIRE I MODULI IN BUSTA CHIUSA INSIEME AL FARMACO STESSO e consegnare il tutto in segreteria didattica IN ORARIO DI SEGRETERIA** (MARTEDI dalle ore 8.00 alle ore 9.00 GIOVEDI dalle ore 14.00 alle ore 16.00).

Si ringrazia tutto il personale scolastico per la collaborazione sul tema.

Il Dirigente Scolastico - Rettore
Roberta D'Agostino

Allegati: Moduli richiesta

ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
— 1872 —

Via di Vigna Murata n. 571/573 - 00142 ROMA ☎ 06.93578629 - 06.121127240
✉ rmta070005@istruzione.it - PEC: rmta070005@pec.istruzione.it 🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
ITA G. Garibaldi Roma

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
frequentante la classe sez. della scuola.....
nell'anno scolastico....., affetto da..... e
constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come
da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal Dott.
.....

CHIEDONO (Barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a;
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra;
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui
autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni
responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le
prestazioni previste per detto personale;
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
 - ☐ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto
somministrazione)
 - ☐ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto
somministrazione)

Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato
.....,

Lotto scadenza e relativa prescrizione medica

ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
— 1872 —

Via di Vigna Murata n. 571/573 - 00142 ROMA ☎ 06.93578629 – 06.121127240
✉ rmta070005@istruzione.it - PEC: rmta070005@pec.istruzione.it 🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede,

(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

NB:

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

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

ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
— 1872 —

Via di Vigna Murata n. 571/573 - 00142 ROMA ☎ 06.93578629 – 06.121127240
✉ rmta070005@istruzione.it - PEC: rmta070005@pec.istruzione.it 🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Allegato 2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO
Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE
NON SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO

Cognome..... Nome Nato il.....
..... a

Residente a In via....., frequentante la
classe..... sez. della scuola..... sita a
..... in Via

Affetto

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Tipologia del farmaco: (barrare la scelta):

☐

Salvavita

☐

Indispensabile

Modalità disomministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose; 3^a dose; 4^a dose

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

☐

Parziale autonomia

☐

Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione

Dose:

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
— 1872 —

Via di Vigna Murata n. 571/573 - 00142 ROMA ☎ 06.93578629 – 06.121127240
✉ rmta070005@istruzione.it - PEC: rmta070005@pec.istruzione.it 🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Note.....

.....

..... il

Timbro e Firma del Medico curante

.....

ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
— 1872 —

Via di Vigna Murata n. 571/573 - 00142 ROMA ☎ 06.93578629 – 06.121127240
✉ rmta070005@istruzione.it - PEC: rmta070005@pec.istruzione.it 🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Allegato 3

Al Dirigente Scolastico

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
E CONSENSO TRATTAMENTO DATI**

I sottoscritti/a (Cognome e Nome)..... e
.....
Genitori/tutori dell'alunno/a
nato a..... il.....
che frequenta la classe sez

COMUNICANO

che in orario scolastico lo/la studente/studentessa ha necessità di assumere il farmaco (scrivere nome commerciale)come da certificazione medica allegata.

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs. n. 196/2003
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI ☐ NO ☐

In fede,

(Luogo e Data) il

Firme degli interessati

.....
.....