



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPRESIVO STATALE LUIGI GALVANI

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150
VIA GALVANI, 7 – 20124 M I L A N O –
TEL. 0288440253 – FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it
pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (Allegato MODELLO 1)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. LUIGI GALVANI Milano

Scuola primaria: GALVANI MARGHERITA DI SAVOIA E CARDINAL BORROMEO

Scuola secondaria di primo grado: FARA SAN GREGORIO

I sottoscritti

padre _____

madre _____

genitori/tutori dell'alunno _____

nato a _____ il ___/___/_____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

- consapevole che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) **nell'allegata prescrizione** redatta in data ___/___/_____/ unitamente all'Allegato Modello 2

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzando contestualmente il personale scolastico resosi disponibile alla somministrazione del farmaco, sollevando il DS e il personale scolastico individuato da ogni responsabilità civile/penale derivanti dagli effetti della somministrazione purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico, non rientrando tale attività tra quelle soggette



Ministero dell'Istruzione e del Merito



**Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPrensIVO STATALE LUIGI GALVANI**

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150
VIA GALVANI, 7 – 20124 M I L A N O –
TEL. 0288440253 – FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it
pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

agli obblighi di vigilanza e di tutela ex art. 2048 c.c.. sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

oppure, in alternativa,

autorizzano il proprio figlio/a all'autosomministrazione della terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico con la supervisione dei docenti secondo la posologia indicata e descritta nell'LAlegato modulo 2 redatto dal medico specialista/pediatra di base

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112

Dichiariamo altresì che sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro, con cui esercita congiuntamente la responsabilità genitoriale ex art.316 c.c., e di averlo informato in toto sulla richiesta di somministrazione farmaci a scuola inoltrata al DS

Data _____

Firma padre

Firma madre



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia
ISTITUTO COMPrensIVO STATALE LUIGI GALVANI

COD. MECC. MIIC8B400X C.F. 97505790150
VIA GALVANI, 7 – 20124 M I L A N O –
TEL. 0288440253 – FAX 0288440286
e - mail: miic8b400x@istruzione.it
pec: miic8b400x@pec.istruzione.it

I genitori SONO CONSAPEVOLI CHE

- La richiesta (**allegato MODELLO 1**) corredata da certificazione dello specialista/pediatra di libera scelta (**redatta secondo le informazioni di cui all'allegato MODELLO 2** sulla PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - EX DGR 6919/2017 emanata da Regione Lombardia ATS Milano) deve essere consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata per il tramite della segreteria;
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
- In caso di cambio di scuola il genitore deve presentare analoga richiesta al Dirigente Scolastico del nuovo Istituto frequentato dall'alunno;
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico individuando il luogo idoneo alla conservazione secondo la prescrizione del medico;
- A conclusione dell'anno scolastico il genitore dovrà ritirare da scuola il farmaco;
- E' responsabilità del Genitore o esercente la potestà genitoriale ex artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., verificare la data di scadenza del farmaco e almeno 15 giorni prima della stessa, consegnare alle docenti della classe, al personale scolastico individuato per la somministrazione il nuovo farmaco;
- Eventuali variazioni vanno certificate dallo specialista e/o dal pediatra di libera scelta e comunicate tempestivamente sempre con apposita richiesta dal genitore all'Istituzione scolastica
- I genitori sollevano Il DS e il personale scolastico individuato per la somministrazione da ogni responsabilità civile/penale derivante dalla somministrazione, qualora la stessa non andasse a buon fine, non rientrando tale attività tra quelle soggette agli obblighi di vigilanza e di tutela ex art. 2048 c.c..
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro, con cui esercita congiuntamente la responsabilità genitoriale ex art.316 c.c., e di averlo informato in toto sulla richiesta di somministrazione farmaci a scuola inoltrata al DS

Data _____

Firma padre

Firma madre