



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
— 1872 —



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

CIRCOLARE N. 17

Agli studenti/studentesse,
Ai genitori/rapp. legali
A tutto il personale della Scuola
Al personale del Convitto
e p.c. alla DSGA e sito web

Oggetto: Somministrazione farmaci salvavita.

Si comunica che per la somministrazione di farmaci salvavita agli studenti, i genitori/rappresentanti legali potranno presentare formale richiesta, utilizzando la modulistica allegata alla presente, 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 inoltre 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 per la collaborazione

Il Dirigente Scolastico - Rettore

Andrea Pontarelli



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Allegato 1

RICHIESTA AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Isottoscritti 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

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,

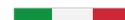
(Luogo e Data) il

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Numeri di telefono utili:

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. Genitori: tel fisso Tel cell

Tel. medico curante Dott. tel.

NB:

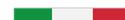
La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

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



✉ rmta070005@istruzione.it - 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 di somministrazione:

Tempi entro cui somministrare il farmaco:

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:



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Modalità di somministrazione:
Modalità di conservazione:

Note.....
.....

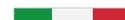
(Luogo e Data) il

Timbro e Firma del Medico curante

.....



ISTITUTO TECNICO AGRARIO
"GIUSEPPE GARIBALDI"
1872



✉ rmta070005@istruzione.it - rmta070005@pec.istruzione.it
🌐 www.agrariogaribaldiroma.edu.it

Allegato 3

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

Al Dirigente Scolastico

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

.....
.....