



ISTITUTO COMPRENSIVO "FRANCA ONGARO"  
Via S.Gallo,34 – 30126 LIDO DI VENEZIA -  
Tel. 041 5260994 – Fax 041 5269506  
– c.s. VEIC840006

Comunicato n. 27

Venezia Lido, 14.09.17  
*Ai genitori degli alunni*  
*Ai docenti*  
*Al personale ATA*  
*Ist.Comp FRANCA ONGARO*

Oggetto: **Somministrazione farmaci salvavita a scuola. (ALLEGATI 1,2)**

Si trasmettono alcuni articoli del Protocollo di intesa tra UST di Venezia e Aziende ULSS della Provincia di Venezia sulla somministrazione dei farmaci a scuola. I genitori interessati sono pregati di rivolgersi, per i relativi stampati, ai collaboratori scolastici dei plessi o in segreteria Pisani.

*“Articolo 1: Specifiche patologie già riconosciute*

*La somministrazione di farmaci a scuola secondo le modalità previste dal presente protocollo, riguarda i casi di “crisi convulsive”, “shock anafilattico”, “diabete giovanile”.*

**Articolo 2: richiesta/autorizzazione**

*Il genitore in caso di bisogno di eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico:*

- 1. fa richiesta di somministrazione/autorizzazione alla somministrazione del farmaco al Dirigente Scolastico, secondo lo schema allegato al numero 1 e 2,*
- 2. accompagna la richiesta di somministrazione con la presentazione di una certificazione medica redatta dal PLS, dall'MMG o dallo specialista,*
- 3. fornisce il farmaco, tenendo nota della scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto in uso.*
- 4. fornisce al dirigente scolastico un recapito telefonico al quale sia reperibile egli stesso o un suo delegato.*

**Articolo 3: prescrizione/certificazione**

*La prescrizione/certificazione del MMG, del PLS, del Medico specialista deve specificare:*

- 1. il nome dell'alunno,*
- 2. la patologia dell'alunno,*
- 3. l'evento che richiede la somministrazione di farmaci,*
- 4. le modalità di somministrazione del farmaco*
- 5. la dose da somministrare,*
- 6. la modalità di conservazione del farmaco,*
- 7. gli eventuali effetti collaterali,*
- 8. la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco relativamente ai punti “4,5,6”.*

**NOTA BENE:**

**SI PREGA DI ASSICURARSI CHE IL CERTIFICATO MEDICO SIA LEGGIBILE, APPORTI DATA, FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO ( in caso contrario non ha valore legale).**

Il dirigente scolastico reggente  
Prof. Vittore Pecchini

Allegati:

- 1) Richiesta
- 2) Autorizzazione

Allegato 1 "Richiesta"

Al Dirigente Scolastico

I.C. "FRANCA ONGARO"

LIDO-PELLESTRINA

**OGGETTO: RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

Il sottoscritto..... genitore –  
tutore dell'alunno/a .....frequentante nel  
corrente anno scolastico la  
classe.....presso.....,  
preso atto del protocollo in materia di somministrazione dei farmaci a scuola  
adottato tra Ufficio Scolastico Provinciale e le aziende ULSS della Provincia di  
Venezia e vista la specifica patologia dell'alunno/a, con la presente

**RICHIEDE**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico a fronte delle situazioni  
specificate nella prescrizione/certificazione redatta  
da..... e allegata alla presente.

Con la presente consegna il farmaco.....con  
scadenza.

Si dichiara che il farmaco:

- 1) E' autosomministrato dal/la figlio/a
- 2) Va somministrato da altra persona

Il farmaco è conservato :.....

Comunica i propri recapiti telefonici: tel fisso.....

Cellulare.....

Data.....

Allegato 2 "Autorizzazione"

Al Dirigente Scolastico

I.C. "FRANCA ONGARO"

LIDO-PELLESTRINA

**OGGETTO: AUTORIZZAZIONE A SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA**

Il sottoscritto.....genitore -  
tutore dell'alunno/a .....frequentante nel corrente  
anno ..... scolastico ..... la  
classe.....presso....., considerati  
gli interventi di informazione e formazione attuati  
da.....in data.....e preso  
atto del piano personalizzato d'intervento a favore dell'alunno/a redatto dalla  
scuola con la collaborazione dell'Azienda ULSS competente per territorio e  
consegnato alla famiglia in data, con la presente

**AUTORIZZANO**

Gli operatori scolastici a somministrare i farmaci previsti nel protocollo  
all'alunno/a

Data.....

Firma.....