



ISTITUTO COMPRENSIVO "CARLO URBANI" - JESI

Scuole Secondarie di 1° grado ad indirizzo musicale

Istituto Accreditato per Tirocinio formativo

Via XX Luglio – 60035 Jesi – Tel 0731/648380 – fax 0731/648960

Cod. Mecc. ANIC82900R – Cod. Fisc.91017940429

segreteria@ic-urbanijesi.it – anic82900r@istruzione.it –

anic82900r@pec.istruzione.it - Sito Web www.ic-urbanijesi.it

FARMACI A SCUOLA

Con la nota n. 2312/Dip/Segr del 25/11/2005 il Ministero dell'Istruzione d'intesa con quello della Salute ha emanato le Raccomandazioni contenenti "Le Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica".



Si ricorda che

la somministrazione dei farmaci a scuola è subordinata (art. 4):

- alla **richiesta formale della famiglia** a fronte di un **certificato medico** attestante lo stato di malattia;
- alla **verifica** del Dirigente scolastico delle **strutture** e della **disponibilità degli operatori scolastici** in servizio;
- alla **formale autorizzazione** del Dirigente scolastico.

Si ricorda inoltre che

- l'autorizzazione **ha validità per l'anno scolastico in corso** e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico e in corso dello stesso anno, se necessario;
- i farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia;
- ai fini dell'autorizzazione va utilizzato il modulo allegato.



Da compilare, firmare e restituire all'insegnante

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Il genitore _____ dell'alunno/a _____
della classe _____ di scuola Infanzia/Primaria Secondaria 1° grado di _____
presenta **formale richiesta all'insegnante** _____ di somministrare
al proprio figlio/a il farmaco _____ alle ore _____
nella dose di _____

Il genitore si assume ogni responsabilità per il farmaco che porta a scuola e autorizza gli insegnanti a somministrarlo come sopra esposto escludendoli da qualsiasi responsabilità (**allega fotocopia del certificato medico**).

FIRMA DEI GENITORI _____

DATA: _____

DATA: _____ VISTO, SI AUTORIZZA _____ il Dirigente Scolastico _____