



Istituto .....

Via .....

Tel. .... fax ..... E-mail .....

Circ. interna n. ....

FI.....

Agli Addetti al Primo Soccorso  
Ai Docenti dell'Istituto  
Al Personale ATA

**OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**

In relazione alle richieste avanzate da molte famiglie di somministrazione farmaci in orario scolastico a studenti con varie patologie

**SI RICHIEDE**

la disponibilità del personale adeguatamente formato a tale scopo, in ottemperanza alla nota congiunta, inerente la somministrazione dei farmaci in orario scolastico, emanata dal Ministero dell'Istruzione e della Ricerca e dal Ministero della Salute il 25.11.2005 e al protocollo di intesa fra: Regione Toscana Direzione Generale del diritto alla salute e politiche di solidarietà e Ministero dell'istruzione Direzione Generale Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana.

Si fa presente che le richieste espresse dai genitori degli alunni, sono accompagnate da regolare certificato medico attestante la posologia, metodologia di somministrazione e modulo di autorizzazione rilasciato dagli organi competenti.

Resta comunque prescritto il ricorso al 118 nei casi in cui non sia possibile applicare il Protocollo terapeutico o questi risulti inefficace.

Si precisa inoltre che gli operatori scolastici incaricati della somministrazione saranno ritenuti responsabili della corretta conservazione dei farmaci per tutta la durata della terapia.

Il Dirigente Scolastico  
Prof.....



Istituto .....

Via .....

Tel. .... fax ..... E-mail .....

Al Dirigente scolastico

Io sottoscritto/a .....

Visto il certificato medico del dr. .... in data .....

Vista la richiesta del genitore/tutore ..... in data .....

Per l'allievo ..... della classe ..... della scuola .....

Di somministrazione del farmaco salvavita .....

### DICHIARO

Su base volontaria e in virtù di un rapporto fiduciario con la famiglia di **essere disponibile a somministrare il farmaco salvavita** allo studente, nei casi previsti dal certificato medico nell'anno scolastico .....

Dichiaro di aver sostenuto il corso di formazione di addetto alla somministrazione dei farmaci

Dichiaro di conservare il farmaco salvavita in modo sicuro

Nel seguente luogo .....

Le cui chiavi sono in possesso di .....

Data .....

FIRMA

\_\_\_\_\_