|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MARASSI"*** *Piazza Galileo Ferraris 4 – 16142 GENOVA*  *Direzione Uffici – Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado*  *Tel. 010/8393487 –010/811889 - e.mail:* geic831009@istruzione.it *– sito web:* www.icmarassi.edu.it *Scuola Infanzia Piazza Romagnosi – Tel. 010/8395208 -* infanzia.romagnosi@icmarassi.edu.it |  |

**ALLEGATO 1**

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Alla Dirigente Scolastica

Il /La sottoscritto/a………………………………………………………….. in qualità di □ Genitore (nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore esercitante la patria potestà)

□ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di…………………………………………..

nato/a a…………………...

il……………………………...classe……………………………………………………. **CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla

certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

□ **Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**

□ **Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

**Si allega:**

**● Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria **● Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Numeri di telefono utili: Medico Curante…………………………….**

**Genitori………………………………………...**

**Genova, ..../..../.... Firma. . . . . . . . . . . . . . . .**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MARASSI"*** *Piazza Galileo Ferraris 4 – 16142 GENOVA*  *Direzione Uffici – Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado*  *Tel. 010/8393487 –010/811889 - e.mail:* geic831009@istruzione.it *– sito web:* www.icmarassi.edu.it *Scuola Infanzia Piazza Romagnosi – Tel. 010/8395208 -* infanzia.romagnosi@icmarassi.edu.it |  |

**ALLEGATO 2**

**ATTESTAZIONE DEL MEDICO CURANTE O ALTRO PERSONALE SANITARIO RELATIVA ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Il/La minore……………………………………………..

nato/a il……………………., classe……………., affetto/a

da....................................................................................................................................... **Necessita la somministrazione di farmaci in ambito scolastico con le seguenti indicazioni:**

****● Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo ……………………………..……………….. ● Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione).......................................... ……………………………………………………………………………………….…………….................

● Modalità di conservazione del farmaco: ………………………………….……….………………... ● Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)..................................................................



È prevista l’**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell’alunno **SI □ NO □** Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ timbro e firma del medico

**Recapito in caso di emergenza………………………………….………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MARASSI"*** *Piazza Galileo Ferraris 4 – 16142 GENOVA*  *Direzione Uffici – Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado*  *Tel. 010/8393487 –010/811889 - e.mail:* geic831009@istruzione.it *– sito web:* www.icmarassi.edu.it *Scuola Infanzia Piazza Romagnosi – Tel. 010/8395208 -* infanzia.romagnosi@icmarassi.edu.it |  |

**ALLEGATO 3**

**VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE ORARIO SCOLASTICO**

In data……… alle ore…….. la/il sig………………………………………..

genitore dell'alunno/a…………………………………….

frequentante la classe…………………….. consegna nelle mani di…………………………. una confezione nuova ed integra del farmaco da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata. Il genitore:

● autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

● provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato

● comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:............................................

………………………………………….

La Dirigente Scolastica…………………………………... Il Personale della scuola (qualifica)................................ I genitori\*……………………………………………………..

Genova, …………………………

\*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell’altro genitore esercitante la patria potestà.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MARASSI"*** *Piazza Galileo Ferraris 4 – 16142 GENOVA*  *Direzione Uffici – Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado*  *Tel. 010/8393487 –010/811889 - e.mail:* geic831009@istruzione.it *– sito web:* www.icmarassi.edu.it *Scuola Infanzia Piazza Romagnosi – Tel. 010/8395208 -* infanzia.romagnosi@icmarassi.edu.it |  |

**ALLEGATO 4**

**DESIGNAZIONE DEL PERSONALE AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE**

****A seguito della richiesta inoltrata alla Dirigente Scolastica per il figlio/a……………………………, frequentante la classe…………………….., relativa alla somministrazione di farmaci**,** la Dirigente Scolastica designa le seguenti persone:



1. …………………………………………..

2. .…………………………………………..



3. …………………………………………..



a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Firma per accettazione:

1. …………………………………………..

2. .…………………………………………..

3. …………………………………………..

Genova,……………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MARASSI"*** *Piazza Galileo Ferraris 4 – 16142 GENOVA*  *Direzione Uffici – Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado*  *Tel. 010/8393487 –010/811889 - e.mail:* geic831009@istruzione.it *– sito web:* www.icmarassi.edu.it *Scuola Infanzia Piazza Romagnosi – Tel. 010/8395208 -* infanzia.romagnosi@icmarassi.edu.it |  |

**ALLEGATO 5**

**DISPONIBILITÀ A SOMMINISTRARE I FARMACI**

Alla Dirigente Scolastica

**Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

La/Il sottoscritta/o……………………………... docente della classe…………………………………. considerata la richiesta dei genitori dell’alunna/o………………...della classe…………………..….. dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Genova,………………………………. IL/La docente

………………………………..

**AL ESPAÑOL**

**Anexo 1**

A la Directora del Distrito

I. C. MARASSI

GENOVA

GÉNOVA, (fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objeto: Propina Comprimidos

Yo abajo firmante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_padre\_\madre\_\quien sustituye\_ del alumno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nacido en (lugar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el (fecha)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apuntado a la clase\_\_\_\_\_\_\_\_

**PIDO**

permiso de propina del\de los siguiente\es comprimido\os según las modalidades expresadas en la baja del médigo aquí junta. Por eso

**PERMITO**

(escoger entre las dos posibilidades)

* - la propina de comprimidos por parte de colaborantes del Cole según las modalidades expresadas en la baja del médico junta, consciente que no se trata de un médico y **eximiendo a los colaborantes del Cole por toda responsabilidad durante dicha propina.**
* \_ la propina de comprimidos por parte del **alumno mismo**, bajo visión de un colaborante, según las modalidades expresadas en la baja del médico junta.

Se juntan los **anexos** siguientes:

* **baja del médico**
* **anexo 2**: certificación del médico o quien sustituye acerca de propina o auto propina de comprimidos a clase durante rutina diaria.

Números de móviles:

Médico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Padres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo 2**

CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El\la chico\a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nacido el\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apuntado a la clase\_\_\_ que tiene (expresar enfermedad)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**necesita la propina de comprimidos a clase según estas instrucciones**:

* nombre del comprimido, su composición,
* instrucciones de propina (horarios, cantidad, como),
* duración del comprimido y como guardarlo,
* duración terapéutica,
* está marcado si puede propinarselo el alumno mismo: \_**SI**, \_**NO**.

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de urgencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anexo 3**

ACTA DE PROPINA DE COMPRIDO EN CLASE DURANTE RUTINA DIARIA

El (fecha del día)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a las (hora)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el\la padre\madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del\de la alumno\a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ apuntado\a a la clase\_\_\_\_\_\_\_\_ entrega al colaborante del Cole\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ un paquete con el comprimido a propinar al alumno según las instrucciones del médico (baja junta, anexo 2, y en secretaría). El\la padre\madre:

* permite al colaborante a la propina del comprimido, **eximiéndole de toda responsabilidad durante dicha propina,**
* va a entregar a la escuela otro paquete cada vez que el comprimido se va a acabar,
* pronto va a enterar del cambio terapéutico.

La familia siempre está localizable a dichos números \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA:

La Directora del Cole\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El\la colaborante\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Los padres (padre, madre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_