



Ministero dell' Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPrensivo PIAZZA DE CUPIS
Piazza Cesare De Cupis, 20 -00155 Roma Tel. 062280672 Fax 0622773406
e-mail RMIC8E0001@ISTRUZIONE.IT pec RMIC8E0001@PEC.ISTRUZIONE.IT
C.F.: 97713560585- C.U.: UFG3NS

Alle famiglie interessate dell'IC Piazza De Cupis
Al Personale Docente dell'IC Piazza De Cupis
Al Personale ATA dell'IC Piazza De Cupis
Al sito
p.c. al DSGA

Circolare n. 14

Oggetto: Avvio o rinnovo protocollo sanitario

Si invitano le famiglie per i cui figli è necessario attivare un protocollo sanitario a farne richiesta utilizzando i modelli in allegato e reperibili sul sito, o presso la segreteria scolastica.

Si ricorda alle famiglie che abbiano già attivato lo scorso anno un protocollo sanitario, che occorre ogni anno rinnovare la richiesta con l'aggiornamento della certificazione medica.
La pratica dovrà essere presentata all'Ufficio Protocollo presso la segreteria scolastica.

Roma, 11 settembre 2019

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa De Michele Lucia

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/93

Al Dirigente Scolastico della scuola

OGGETTO : Richiesta attivazione percorso assistenziale integrato a scuola

I sottoscritti:

Sig.ra.....nata a.....il.....
e Sig..... nato a.....il.....,
residenti a.....via.....
genitori dell'alunno/a nato il.....a.....
frequentante per l'anno scolastico.....la scuola.....
classe....., sez....., sita in Roma, via..... recapito telefonico
....., appartenente al Municipio n....., chiedono di attivare il
percorso assistenziale integrato per il loro figlio/a presso la struttura scolastica.

In particolare, vista la patologia dell'alunno sopraindicato e constatata l'assoluta necessità, richiedono ed autorizzano il Capo d'Istituto o Suo delegato, sollevandoli da responsabilità civili e penali, in relazione ad eventi avversi, alla somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione / certificazione allegata.

A tal fine rilasciano i recapiti telefonici utili per qualsivoglia comunicazione :

madre....., padre.....

Medico di base Dr.....; tel.....

Si allega Piano Terapeutico della struttura specialistica

Informati sui diritti e sui limiti di cui al d.l. 30.06.03 n. 196 'Codice in materia di protezione dei dati personali', esprimono il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del minore di cui sono legali rappresentanti, ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse o per ricerche scientifiche.

Roma.....

In fede
I genitori

Certificato medico per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico (scrivere in stampatello e compilare in ogni sua parte)

Il Minore (cognome e nome) _____, nato il _____,

residente a _____, Via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

- patologia cronica
- per patologia acuta

conseguentemente è prevista:

- l'autosomministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del farmaco/i:

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione):

Modalità di conservazione: _____

- E' prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero
- Non necessita frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico): _____ Diagnosi e stato di malattia: _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita":
(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica) _____

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa: _____

Data,

Timbro e firma del medico
