



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 RomaTel. 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 Protocollo dell'IC Piazza De Cupis
Al sito
p.c. al DSGA

Circolare n. 3

Oggetto: Avvio o rinnovo protocollo sanitario

Le famiglie, per i cui figli è necessario attivare o rinnovare un protocollo sanitario, sono inviate a farne richiesta **via mail** (rmic8e0001@istruzione.it, **oggetto: Protocollo sanitario, nome alunno, plesso scolastico**) utilizzando i modelli in allegato.

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.

Roma, 2 settembre 2020

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

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

RICHIESTA PER INTERVENTI STRAORDINARI

Al Dirigente Scolastico di

I sottoscritti.....e.....

Genitori di..... frequentante nell'a.s. la classe
della Scuoladi.....

DICHIARANO

sulla base delle informazioni assunte dal medico Responsabile del Servizio di Diabetologia Pediatrica
.....che il/la proprio/a figlio/a..... affetto/a da
diabete tipo 1 necessita di una somministrazione a scuola del farmaco **GLUCAGONE** in caso di
ipoglicemia, come da certificato medico allegato del Dott

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale
scolastico : insegnanti e collaboratori/trici scolastici

Pertanto, sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal
farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato
che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi

Indicano comunque i propri recapiti telefonici, per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a
questo tipo di intervento :

Allegano la documentazione medica specifica prodotta dal Dott contenente :

1. Diagnosi ; 2. Sintomatologia; 3. Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco,
dosaggio e modalità di somministrazione).

Inoltre autorizzano il personale che opera nella scuola ad avere contatti con il medico curante per avere
ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Firma dei genitori.....

Il Medico del Servizio Specialistico (Timbro e firma).....

Roma,.....