Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. NICOLINI"
DI CAPRANICA con plessi di VEJANO
Via Madre Teresa di Calcutta, snc tel. :0761 669085
vtic82500a@istruzione.it - vtic82500a@pec.istruzione.it
CM: VTIC82500A - CF: 80018870560 – Codice Univoco Ufficio UF9ZQ3
sito:www.icnicolinicapranica.edu.it

Ai genitori dello studente

_____

e p.c.

Al personale educativo e ATA interessati

Oggetto: Risposta alla richiesta di disponibilità per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

La sottoscritta Iaquinta Maria Luisa, in qualità di Dirigente scolastico presso l'Istituzione Scolastica I.C. G. Nicolini con la presente comunicazione informa di avere espresso parere favorevole alla Vs. richiesta del _____ e di aver richiesto in data _____ al personale educativo/insegnante/Ata della scuola frequentata dall'alunno _____, la disponibilità a somministrare i farmaci necessari (in relazione al caso specifico come da Vostra richiesta e da certificato medico redatto in data _____), al contempo evidenziando che il personale della scuola non ha competenze né funzioni medico-sanitarie, che di norma non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e che può legittimamente non acconsentire.

La formale risposta del personale educativo è stata di:

- ☐ non acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta;
- ☐ acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta.

Il farmaco da somministrare sarà conservato seguendo le indicazioni che la famiglia e il medico curante vorranno fornire, in un apposito contenitore chiuso che indicherà all'esterno le indicazioni della classe/sezione, dell'utente interessato e della data di scadenza del medicinale.

A tal proposito si richiede riunione illustrativa tra la famiglia, il medico curante e il personale scolastico.

Sarà Vs. cura comunicare, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia ed a collaborare adeguatamente con il personale scolastico.

Data _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Dott.ssa Maria Luisa Iaquinta

(*) firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 comma 2 del d.lgs. 39/1993