



## ISTITUTO COMPRENSIVO MANOPPELLO

Via S. Vittoria 11 - 65024 Manoppello (PE)

tel. 085 / 859134 fax 085/8590846 - CF 91100540680

e-mail: [peic81700n@istruzione.it](mailto:peic81700n@istruzione.it) – e-mail certificata [peic81700n@pec.istruzione.it](mailto:peic81700n@pec.istruzione.it)

Sito web: [www.icmanoppello.edu.it](http://www.icmanoppello.edu.it)



Al Dirigente Scolastico

### OGGETTO: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, in qualità di \_\_\_\_\_

(docente/ATA)

in servizio presso la scuola \_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_  
(Infanzia/Primaria/Secondaria)

**VISTA** la richiesta formale della famiglia alla somministrazione in orario scolastico di farmaci;

**VISTO** il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**CONSIDERATA** la normativa richiamata nella Circolare n. 17 del 20/09/2021;

**CONSIDERATO** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

**VISTA** l'assoluta necessità della somministrazione dello stesso in orario scolastico

**VISTA** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

fornisce / non fornisce

(barrare la voce che non interessa)

formale disponibilità alla somministrazione del/dei farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata alla richiesta.

Luogo: \_\_\_\_\_ data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ firma: \_\_\_\_\_

L'Istituzione scolastica informa che i dati forniti saranno trattati per le finalità connesse alla gestione della somministrazione dei farmaci in conformità alle disposizioni del D.Lgs. 196/03 e saranno comunicati a terzi solo per motivi strettamente legati alla procedura.