



Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca
Istituto Comprensivo Statale "A. Strobino"
Via Boccaccio n. 2/e - 20023 Cerro Maggiore - Milano
Tel: 0331 519055 - 0331 517464 - Fax: 0331 517879
C.F. n° 84004130153 - e-mail Uffici: MIIC84700L@istruzione.gov.it
Posta certificata: miic84700l@pec.istruzione.it
www.scuoledicerro.edu.it

Prot. n. 1457 /B19
Cerro Maggiore, 10/09/2020

**Ai genitori interessati dal
PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA**

OGGETTO: Protocollo farmaci a scuola – A.S. 2020/21.

In relazione alla nota MIUR.AOOUSPMI.R.U.(U).0008851.18-05-2018 - **PROTOCOLLO D'INTESA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA** tra l'Agenda di Tutela della Salute di Milano Città Metropolitana e l'azienda Socio Sanitaria Ovest Milanese, si invitano i genitori a valutare quanto segue:

- **Confermare** (All. 3) la necessità di somministrare farmaci a scuola per terapie croniche o acute che pregiudicano gravemente lo stato di salute dell'alunno/a come da **CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO redatta dal medico curante e depositata presso l'Amministrazione Scolastica;**
- **Fornire alla scuola il/i farmaco/i prescritto/i nel PIANO TERAPEUTICO**, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario per la somministrazione, nonché a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- **Comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al PIANO TERAPEUTICO** (depositato a scuola).

(Si invitano i genitori a contattare la segreteria per la compilazione dell'All.3).


Il DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott. Simone Finotti

CONFERMA PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE
FARMACI A SCUOLA (All. 3)

Al Dirigente Scolastico I.C.S. "A. Strobino"

Scuola dell'Infanzia
Scuola Primaria
Scuola Secondaria I grado

Io sottoscritto/a _____

genitore/tutore dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il ____/____/____/

frequentante la classe _____ della scuola _____

CONFERMO e AUTORIZZO

anche per l'**A.S. 2020/21** la **SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA** come da
Protocollo n. del depositato presso l'Amministrazione
Scolastica.

DATA.....

FIRMA

.....