



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
Scuola dell'infanzia – Primaria – Secondaria di I grado
VIA TIRSO, 25/A - 09094 - MARRUBIU (OR)
TEL 0783 859378 – FAX 0783 859766
Codice fiscale: 90027730952 – Codice IPA:UFIR07
E-Mail ORIC810007@istruzione.it – PEC ORIC810007@pec.istruzione.it
Sito Web www.comprensivomarrubiu.edu.it



Circolare n. 13

Marrubiu, 10.09.2024

A TUTTI I DOCENTI

A TUTTI I COLLABORATORI SCOLASTICI

e p. c. AI GENITORI DEGLI ALUNNI INTERESSATI

Oggetto: Richiesta disponibilità somministrazione farmaco in ambito scolastico - A.S. 2024/2025.

A seguito della necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico agli alunni necessitanti e della somministrazione del Glucagone in base a quanto prescritto nel Piano Individuale di assistenza in ambito scolastico per gli alunni diabetici frequentanti le Scuole dell'Istituto Comprensivo di Marrubiu, rilasciato dall'ASL n. 5 di Oristano, la Scrivente intende verificare la disponibilità degli Operatori Scolastici in servizio, indicati in indirizzo, a garantire la somministrazione di farmaci e del farmaco Glucagone, secondo quanto descritto e stabilito dalla nota MIUR prot. n. 2312 del 2 5.11.2005 "*Atto di Raccomandazioni delle Linee Guida per la Definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico.*"

Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale Docente e A.T.A. che abbia seguito i corsi di Pronto Soccorso ai sensi del Decreto Legislativo del 9 aprile 2008, n. 81.

Così come prescritto dall'art. 4 della sopraccitata nota la Scrivente ha individuato il luogo fisico idoneo alla conservazione e la somministrazione dei farmaci, in particolare il Glucagone ossia il frigorifero e la somministrazione degli stessi deve avvenire nell'Infermeria o comunque in locale idoneo dove sarà garantita la privacy dell'interessato.

Le SS.LL. devono comunicare formalmente alla Scrivente, con cortese sollecitudine, utilizzando il modello allegato **entro e non oltre le ore 12:00 del giorno 18 settembre 2024**, la propria disponibilità a garantire quanto sopra richiesto.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Marina Enna

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3 co.2 del D.Lgs n. 39/1993*

Il/la sottoscritto/a _____

DOCENTE **COLLABORATORE SCOLASTICO** in servizio presso la Scuola:
(depennare la voce che non ricorre)

- SCUOLA DELL'INFANZIA MARRUBIU
- SCUOLA DELL'INFANZIA ARBOREA
- SCUOLA PRIMARIA MARRUBIU
- SCUOLA PRIMARIA ARBOREA
- SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO MARRUBIU
- SCUOLA SECONDARIA 1° GRADO ARBOREA

(barrare la voce che interessa)

DICHIARA la propria disponibilità a garantire la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico agli alunni necessitanti e alla somministrazione del farmaco GLUCAGONE, secondo quanto descritto e stabilito nel Piano Individuale di assistenza in ambito scolastico per gli alunni diabetici per l'a. s. 2024/2025 e di aver seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto Legislativo del 9 aprile 2008, n. 81.

NON DICHIARA la propria disponibilità a garantire la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico agli alunni necessitanti e alla somministrazione del farmaco GLUCAGONE, secondo quanto descritto e stabilito nel Piano Individuale di assistenza in ambito scolastico per gli alunni diabetici per l'a. s. 2024/2025 e di aver seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto Legislativo del 9 aprile 2008, n. 81.

..... _____

Firma
