



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
ISTITUTO di ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE  
"CESARE BATTISTI"

Via dei Lauri 1 00049 Velletri (RM) - CF 95017570581 – P IVA 13026431000 - Cod Min RMIS05200R

Sede Uffici e Amministrazione Via F. Parri, 14 - 00049 Velletri tel 06 121125645

Eventi Artistici e Mostre Polo Espositivo Via L. Novelli 3 - Velletri

**I n d i r i z z i d i S t u d i o :**

Liceo Artistico Sezioni Architettura, Arti Figurative e Design cod. RMSD05201N

Tecnico Agrario cod. RMTA05201L - Agrario Casa Circ. RMTA05202N – Agrario Serale RMTA052501

Profes. Servizi Commerciali cod. RMRC05201Q - Tecnico Costruzione Ambiente e Territorio - Geometri cod. RMTL05201D

Tecnico Amministrazione Finanza e Marketing e Sistemi Informativi Aziendali cod. RMTD052013

e mail: [RMIS05200R@istruzione.it](mailto:RMIS05200R@istruzione.it) - [RMIS05200R@pec.istruzione.it](mailto:RMIS05200R@pec.istruzione.it) – sito web: [www.iisbattistivelletri.gov.it](http://www.iisbattistivelletri.gov.it)

Velletri, 11.10.2023

Circ.n.063

A tutto il Personale scolastico  
in servizio presso la sede di Via Parri  
Al DSGA

Sito web

**Oggetto:** VERIFICA DISPONIBILITA' DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA.

In considerazione del fatto che nell'Istituto e precisamente nella sede di Via Parri, si è resa necessaria la somministrazione di farmaci salvavita per situazioni di emergenza, si chiede al personale in servizio presso Via Parri, in possesso dell'attestato di primo soccorso e in subordine a tutto il personale, la propria disponibilità alla somministrazione. Sarà cura della scrivente richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita "formazione in situazione". Il personale disponibile, comunicherà la propria disponibilità compilando il modulo in allegato ed [inviandolo alla segreteria entro il 14/10/2023](#). La persona incaricata della somministrazione del farmaco, che si attiene alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia e la modalità di somministrazione del farmaco stesso, è sollevata da ogni responsabilità penale e civile derivante da tale intervento.

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Stefania Ciarla

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93)*

## **MODULO dichiarazione di disponibilità per la somministrazione farmaci ad alunni**

Al Dirigente Scolastico  
dell'IIS CESARE BATTISTI DI VELLETRI

Il/La sottoscritto/a docente/ATA.....in servizio presso codesto Istituto, sede di....., in possesso di un attestato di primo soccorso dell'Istituto):

SI NO

o di altra attività di formazione (specificare):

.....  
.....

considerata la formale richiesta da parte di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale di alunni che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;

### **DICHIARA**

- la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta di cui si impegna a prendere visione richiedendo eventuali chiarimenti alla famiglia interessata;
- la propria disponibilità a partecipare, a titolo volontario, a iniziative di formazione sulla somministrazione di farmaci a scuola.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_