

## **MODELLI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**

### **Allegato 1**

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Di San Valentino - Scafa

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** *(da parte di personale della scuola) in orario scolastico.*

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

- Genitore
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale dell'alunno/a

(Cognome) .....(..... Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....  
la Scuola :

- dell'infanzia
- primaria
- secondaria

Classe ..... Sezione..... - Sede .....

### **CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla **certificazione medica allegata**, per la seguente patologia: .....

A tal fine:

### **AUTORIZZA**

il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'allegato 3**

**Numeri di telefono utili: Medico Curante** .....

**Genitori** .....

**In fede.**

**Data,** .....

**Firma** .....

## **Allegato 2**

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Di San Valentino - Scafa

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** (da parte dei genitori o di loro delegati) **in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/a ..... in qualità di

- Genitore  
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale  
di (Cognome) .....(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola :

- dell'infanzia       primaria      secondaria

Classe ..... Sezione.....

### **CHIEDE**

l'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

### **\*\*\*Eventuale Delega**

Il sig.....di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

A tal fine **si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.**

**In fede.**

**Data, .....**

Firma .....

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**

### **Allegato 3**

**Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

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

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

**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;

**si fornisce formale**

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

| Cognome e nome | Docente/ATA | Docente della classe | Formazione primo soccorso | Data | Firma per disponibilità |
|----------------|-------------|----------------------|---------------------------|------|-------------------------|
|                |             |                      |                           |      |                         |
|                |             |                      |                           |      |                         |
|                |             |                      |                           |      |                         |
|                |             |                      |                           |      |                         |
|                |             |                      |                           |      |                         |
|                |             |                      |                           |      |                         |
|                |             |                      |                           |      |                         |

**Data , .....**

Il Dirigente Scolastico in data \_\_\_\_\_ autorizza il personale scolastico in elenco alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata

**Il Dirigente Scolastico**

**Allegato 4**

Il minore (Cognome) ..... (Nome) .....  
nato il.....residente a .....

**Necessità della somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

Le indicazioni per la somministrazione (*da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica*) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

.....  
**modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

.....  
.....  
.....

**durata della terapia** .....

(*Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi*)

.....  
.....

**Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati dello stesso**

.....

**Data, .....**

**timbro e firma del medico**

## **Allegato 5**

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Di San Valentino - Scafa

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci** *(da parte dei genitori o di loro delegati)* **in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

- Genitore  
 Soggetto che esercita la potestà genitoriale  
di (Cognome) .....(Nome).....

nato il.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola :

- dell'infanzia       primaria      secondaria

Classe ..... Sezione.....

### **CHIEDE**

l'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti allo scopo per la somministrazione al minore sopra indicato del/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

### **\*\*\*Eventuale Delega**

Il sig.....di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

A tal fine **si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della durata della terapia.**

**In fede.**

**Data, .....**

Firma .....

**Numeri di telefono utili: Medico Curante .....**

**Genitori .....**

## **Allegato 4**

### **PIANO PERSONALIZZATO DI INTERVENTO**

da attuare in caso di sintomatologia acuta e non prevedibile  
ai sensi del Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola dell'IC di San Valentino - Scafa

Anno scolastico 20...../20.....

Alunno

Classe . - Scuola

#### **SITUAZIONI DI EMERGENZA**

Sintomi importanti, compresa indicazione precisa di tipologia ed intensità che richiedono intervento immediato.

#### **AZIONI INDICATE NELL'EMERGENZA**

#### **NOMINATIVI E RECAPITI DA CONTATTARE PER LE EMERGENZE IN ORDINE PREFERENZIALE**

Telefoni per le emergenze in ordine preferenziale (per capacità di intervento, vicinanza, ecc.). Numero di telefono e nominativo/ruolo delle persone disponibili nelle emergenze: familiari, medico curante, ecc.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

#### **PERSONALE INCARICATO DEL CONTROLLO DELLA REPERIBILITA' E CORRETTA CONSERVAZIONE DEI MATERIALI NECESSARI, DELLA REPERIBILITA' DEI NUMERI DI TELEFONO PER LE EMERGENZE**

Il Dirigentescolastico \_\_\_\_\_

La famiglia \_\_\_\_\_

Il medico curante \_\_\_\_\_