



Circolare Permanente 13 /P  
Circolare 19/2324

Foggia, data del protocollo

- Ai genitori degli alunni dell'Istituto
  - A tutti i docenti
- Al dsga e per il suo tramite al personale Ata
  - Al la Bacheca del RE

**Oggetto Somministrazione dei farmaci a scuola-Protocollo d'intesa “ Per un approccio omogeneo e integrato da attuare in caso di necessità di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico**

,Si riportano i punti salienti del Protocollo citato.

- Ogni bambino ha il diritto di essere tutelato per gli aspetti che riguardano la sua salute, intendendo con questo termine uno stato di benessere complessivo che è definito da una pluralità di variabili interdipendenti di tipo fisico, psichico, relazionale e ambientale e che la comunità sociale e le istituzioni riconoscono e difendono non solo come bene individuale ma come valore collettivo.
- Un riguardo ancora maggiore va dedicato ai bambini e ai ragazzi affetti da malattie croniche da parte di tutte le risorse del territorio, affinché il ruolo genitoriale sia adeguatamente supportato e sostenuto in ogni fase dell'evoluzione della patologia e non vengano compromessi lo sviluppo psico-fisico del minore ed il suo inserimento nella vita sociale;

I farmaci vengono somministrati in ambito scolastico esclusivamente quando la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico e la omissione può causare danni alla salute dell'alunno/o Essa può avvenire solo su richiesta scritta dei Genitori o esercenti la potestà genitoriale corredata da prescrizione del Medico curante.

La somministrazione del farmaco in ambito e orario scolastico, può essere effettuata, previa intesa con la scuola e secondo le modalità successivamente indicate:

1. dai Genitori o Esercenti la responsabilità genitoriale;
2. in autosomministrazione dall'alunno stesso, se maggiorenne, o autorizzato dai Genitori, se minorenni;
3. dalle persone che agiscono su delega formale dei Genitori stessi, quali familiari o persone esterne delegate dalla famiglia;
4. dal personale delle istituzioni scolastiche che abbia espresso per iscritto la propria disponibilità, e che sia stato informato sul singolo caso specifico, su delega formale dei Genitori/Tutori ed autorizzato dal Dirigente Scolastico;
5. dal personale del Servizio Sanitario Regionale (SSR), su richiesta d'intervento, in relazione alla particolarità della condizione dell'alunno che non dovesse consentire la somministrazione di farmaci da parte di personale non sanitario.

Soggetti coinvolti e ruoli:

1. I genitori sono parte attiva del procedimento di presa in carico del figlio da parte delle istituzioni scolastiche/formative, garantendo la loro presenza nella formazione/addestramento e fornendo tutte le informazioni necessarie e utili alla gestione generale e quotidiana. In particolare:

- ✓ Forniscono tutte le informazioni necessarie e utili alla gestione generale e quotidiana del minore, in termini di sicurezza, appropriatezza ed efficacia;
- ✓ Depositano presso la scuola uno o più recapiti telefonici dove garantiscono la reperibilità per ogni evenienza;
- ✓ Comunicano tempestivamente qualsiasi notizia possa riflettersi, in termini di appropriatezza dell'intervento e di ricadute organizzative, sulla realizzazione dell'intervento, producendo la relativa documentazione richiesta;
- ✓ Garantiscono la fornitura dei presidi sanitari e/o dei farmaci necessari - in confezione integra e in corso di validità - per l'effettuazione dell'intervento, nonché la sostituzione tempestiva degli stessi alla data di scadenza;
- ✓ Assicurano direttamente l'intervento nei casi di necessità (ad es. in assenza del personale cui è affidato l'intervento).

2. Medico di Medicina MMG/Pediatra di Libera Scelta PLS/medico Specialista MS rilascia la prescrizione/certificazione, esplicitati in modo chiaramente leggibile una serie di informazioni, come si può leggere dal modulo allegato alla presente circolare, tra quelle più significative ricordiamo:

- ✓ l'evento che richiede la somministrazione del farmaco (con l'attivazione della formazione in situazione in casi specifici)
- ✓ dose da somministrare e di conservazione del farmaco
- ✓ eventuali effetti collaterali

3. Il Dirigente Scolastico

- ✓ promuove l'organizzazione delle attività di informazione, formazione e addestramento del personale scolastico;
- ✓ verifica la disponibilità dei locali idonei alla conservazione e somministrazione dei farmaci
- ✓ autorizza l'accesso alla scuola nell'orario previsto per l'intervento al genitore o ai soggetti che agiscono su delega formale dei genitori stessi;
- ✓ individua, in primis fra il personale già nominato come addetto al Primo Soccorso (che è stato formato ai sensi del D.Lgs 81/08 e D.M. 388/2003), gli operatori scolastici disponibili (docenti, collaboratori Scolastici, personale educativo/assistenziale) a somministrare i farmaci;
- ✓ promuove il monitoraggio di eventuali situazioni critiche che dovessero presentarsi in tale ambito attraverso l'adozione di un apposito registro in cui dovranno essere riportate per ogni evento critico rilevato:
  - la patologia dell'alunno;
  - il farmaco somministrato;
  - la tipologia di situazione critica intervenuta;
  - le azioni intraprese;

Il registro deve essere trasmesso annualmente all'Ufficio scolastico Regionale entro il 31 gennaio dell'anno successivo. Il personale scolastico

Il personale scolastico (docente e ATA) resosi disponibile per la somministrazione del farmaco:

- ✓ partecipa alle attività d'informazione/formazione/aggiornamento;
- ✓ provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione;

- ✓aggiorna il registro di monitoraggio sulle eventuali situazioni critiche verificatesi a fronte degli interventi effettuati.

## Procedura

- a) I genitori/tutori di alunni affetti da patologie croniche o assimilabili, qualora non siano in grado di provvedere direttamente o attraverso propri delegati, presentano la richiesta di somministrazione di farmaci al dirigente scolastico (Moduli 1 e 2), accompagnata da prescrizione medica (Modulo 3) attestante la patologia del figlio/a o del tutelato/a, la terapia farmacologia e/o l'intervento specifico da eseguirsi durante l'orario scolastico, le indicazioni necessarie per la somministrazione (ad esempio richiesta di particolari condizioni per la conservazione del farmaco).
- b) Il dirigente scolastico concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o loro delegati, per la somministrazione dei farmaci.
- c) Il dirigente scolastico, verifica la disponibilità dei locali idonei alla conservazione e somministrazione dei farmaci ed assicura che gli stessi vengano dotati della strumentazione necessaria a garantire requisiti minimi strutturali di cui all'art. 7, comma 3, lettera b).
- d) Il dirigente scolastico verifica la disponibilità del personale (preferibilmente quello addetto al primo soccorso) a praticare, previa opportuna formazione/addestramento, la somministrazione di farmaci preventivamente consegnati dai genitori e custoditi a scuola e/o l'intervento specifico richiesto dalla famiglia sul singolo caso.
- e) In caso di non disponibilità dei requisiti di cui ai precedenti punti c) e d), si procede all'applicazione dell'art. 4 delle Raccomandazioni MIUR/Ministero Salute 25/11/2005 .

Per le procedura da attivare in aula si consiglia l'attenta lettura del modulo 5 , che comunque sarà inviato al Consiglio della classe frequentata dall'alunno-a bisognoso-a del farmaco

### **La somministrazione dei farmaci salvavita in situazione di emergenza da parte di personale non qualificato.**

La somministrazione dei farmaci in orario e ambito scolastico può essere necessaria in ragione della continuità terapeutica (secondo un piano prestabilito dal medico curante in cui sono indicati tempi, posologia e modalità da seguire) sia in ragione della necessità di far fronte a reazioni gravi e improvvise (es. crisi anafilattica), che comportano la necessità di gestire l'emergenza nell'immediato. In questo caso solo un intervento tempestivo con la somministrazione dei farmaci salvavita, è utile ad evitare che l'evento si risolva drammaticamente.

Per cui in caso di necessità di somministrare un farmaco salvavita, di cui la scuola viene portata a conoscenza dalla famiglia, bisogna che gli operatori scolastici in quel momento in servizio si attivino per un intervento rapido rivolto a salvare la vita dell'alunno. L' Inail, sul testo del MIUR intitolato "Gestione del Sistema Sicurezza e cultura della prevenzione nella scuola" del 2013 cita che: **"..il rifiuto da parte del personale scolastico di assumere questo incarico (la somministrazione dei farmaci agli allievi con patologie croniche in situazione di emergenza) per paura delle eventuali conseguenze non trova giustificazione, dal momento che non è riconosciuta alcuna responsabilità a loro carico, se sono state seguite correttamente le indicazioni del medico, mentre potrebbe configurarsi come omissione di soccorso (art. 593 CP) la mancata somministrazione secondo le procedure previste"**.

In conclusione è necessario quindi avere un adeguato scambio di informazioni tra le parti (studenti, famiglie al fine di gestire correttamente eventuali emergenze sanitarie specifiche e si ricorda al personale scolastico che un intervento chiaro, preciso e immediato può salvare la vita.

Si allega alla presente tutta la documentazione necessaria per la gestione della somministrazione dei farmaci a scuola, rinvenibile anche nella sez. modulistica- Area docenti.



Il Dirigente scolastico

***Lucia Gaeta***

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE AL DIRIGENTE SCOLASTICO ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO E CONTESTUALE RILASCIO DEL CONSENSO DA PARTE DEL GENITORE/TUTORE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIA FARMACOLOGICA DA PARTE DI SOGGETTI TERZI (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico .....

Il/i sottoscritto/i \_\_\_\_\_ genitore/i -tutore/i dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ frequentante la classe/ sezione \_\_\_\_\_ della Scuola nell'anno scolastico \_\_\_\_\_

vista la specifica patologia dell'alunno \_\_\_\_\_ preso atto del protocollo esistente tra \_\_\_\_\_ in materia di somministrazione di farmaci a scuola adottato in data \_\_\_\_\_ constatata l'assoluta necessità chiede/ono

la somministrazione in ambito ed orario scolastico di terapia farmacologica come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Reg UE/2016/279 ( i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI a NO a

Allega Prescrizione/certificazione medica attestante la terapia farmacologica in atto redatta dal \_\_\_\_\_

- Consegna farmaco specifico alla scuola \_\_\_\_\_ Altro (specificare solo \_\_\_\_\_ in caso di mancata consegna del farmaco \_\_\_\_\_ es. custodito nello zaino) \_\_\_\_\_

Contestualmente autorizza/ono:

- a) il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;
- b) la possibilità che lo stesso si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico, secondo l'allegata prescrizione medica di cui al Modulo 3;

Data \_\_\_\_\_

FIRMA dei genitori o di chi esercita la patria potestà \_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/Medico Curante: Tel. \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_ Genitori: Telefono fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_ Tel. di \_\_\_\_\_

Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla SCUOLA per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica, (a scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso).

## RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

I sottoscritti \_\_\_\_\_, in qualità di genitori/tutore/affidatario dell'alunn\_ \_\_\_\_\_ (cognome e nome) nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ della scuola secondaria \_\_\_\_\_ nell'anno scolastico \_\_\_\_\_ affetto \_\_\_\_\_ dalla \_\_\_\_\_ seguente patologia \_\_\_\_\_

Comunica

la necessità di assumere in ambito scolastico la terapia farmacologica, mediante auto somministrazione, come da prescrizione medica allegata.

Nome del Farmaco

Modalità di somministrazione

Orario di

somministrazione/dose

Periodo di somministrazione Modalità di conservazione

### Autorizza/no

il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla vigilanza durante l'auto-somministrazione, secondo l'allegata prescrizione medica e di seguito descritta

da effettuarsi nell'apposito locale individuato dalla scuola.

Firma del Medico Curante

Data

\_\_\_\_\_ firma del genitore/tutore  
\_\_\_\_\_ firma del Dirigente scolastico o dello studente maggiorenne

### Note

La richiesta/autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico.

Essa ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario. Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni, in caso di consegna alla scuola, dovranno conservare la confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.

La famiglia, verifica la scadenza dello stesso, così da garantire la validità del prodotto d'uso.

Mod 3

Prescrizione del Medico Curante (pediatra di libera scelta/medico di medicina generale/medico specialista) per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico in maniera continuativa

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**

la somministrazione dei farmaci sotto indicati, da parte di personale non sanitario, in ambito ed in orario scolastico all'alunno/a (TERAPIA CONTINUATIVA)

Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_  
In via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ della Scuola  
\_\_\_\_\_ In via \_\_\_\_\_ Sita a \_\_\_\_\_  
Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_ affetto dalla  
seguente patologia \_\_\_\_\_ del seguente farmaco  
Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_  
Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_  
Orario di somministrazione/dose: Prima dose \_\_\_\_\_ Seconda dose \_\_\_\_\_ Terza dose \_\_\_\_\_  
Durata terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Terapia Continuativa a SI L] No (Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente, ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.)

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
Note \_\_\_\_\_

e/o

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza (es. shock anafilattico):

\_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_  
Dose \_\_\_\_\_  
Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
Note \_\_\_\_\_

Data ... ..

Timbro e firma del MMG/PLS/MS



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
**“VITTORINO DA FELTRE – NICOLA ZINGARELLI”**  
**FOGGIA**

71122- Via S. Francesco Fasani 2/4  
Tel. 0881/814814 – PEO: fgic85700x@istruzione.it – PEC: fgic85700x@pec.istruzione.it web:  
www.icsdafeltrezingarelli.it

Codici: Meccanografico: FGIC85700X – Fiscale 94090800718 – Univoco: UFJ7MB

**VERIFICA DISPONIBILITA' PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA**

A tutto il Personale

In considerazione del fatto che nell'Istituto è presente un allievo affetto da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento non richiedente alcuna abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere alla ASL di competenza di effettuare una apposita “formazione in situazione”.

Il personale disponibile, fermo restando che per gli Addetti al Primo soccorso la disponibilità è già insita nell'incarico, potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

Il Personale disponibile alla Nome e cognome	somministrazione (firma):




Il Dirigente Scolastico

.....

## AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

Al personale docente interessato

Al Personale ATA interesasto

Oggetto: **autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita**

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. .... per il/la  
figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il  
farmaco con le procedure indicate nell' piano di azione.

### PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che  
effettuerà la somministrazione: ..... (indicare il luogo dove sarà conservato) ..... Nel  
caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola  
interverrà attuando il seguente piano di azione:

#### **Comportamenti del personale**

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
  - chiama i genitori,

- informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.

- una persona per la somministrazione:

- accudisce il bambino

- somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l' apposito protocollo sanitario.

**1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo**

**collaboratore scolastico in turno:**

- a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

**2) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori**

**scolastici in turno:**

- a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a
- b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

**3) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in**

**turno:**

- a) un' insegnante soccorre il/la bambino/a
- b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori
- c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento dalle insegnanti di plesso.**

Nelle uscite didattiche le mamme sono invitate a partecipare. Esse dovranno portare con sé il farmaco e in caso di necessità somministrarlo al proprio figlio. Se ciò non fosse possibile, l'alunno resterà a scuola con una delle sue insegnanti.

Il Dirigente Scolastico

1

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

( cancellare le voci che non interessano)

---

<sup>1</sup> Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.



**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**

Al Personale Docente

Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

all'alunno/a ..... frequentante la classe .....  
 scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. .... per il/la  
 figlio/a .....

relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il  
 farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del  
 medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore ..... all'alunno/a nella dose di  
 ..... come da prescrizione medica già consegnata in  
 segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale  
 sarà terminato<sup>2</sup>.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che  
 effettuerà la somministrazione<sup>3</sup>:
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da<sup>4</sup>:

<sup>2</sup> . Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto

<sup>3</sup> . Indicare il luogo della custodia

<sup>4</sup> . Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni

.....  
.....

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):



**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. .... genitore  
 dell'alunno/a ..... frequentante la  
 classe ..... della scuola .....

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale

.....  
 da somministrare al/alla bambino/a in caso di<sup>5</sup> ..... nella dose  
 ..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla  
 presente, rilasciata in data ..... dal dott. ....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore

Le insegnanti

.....

.....

**Allegato C/2**

**Mod 8**

<sup>5</sup> Indicare l'evento



**VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data ..... alle ore ..... la/il sig. .... genitore  
 dell'alunno/a ..... frequentante la  
 classe ..... della scuola ..... consegna alle insegnanti di  
 classe un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da somministrare al/alla bambino/a  
 ogni giorno alle ore ..... nella dose ..... come da certificazione medica consegnata in  
 segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott.

.....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore

Le insegnanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**REGISTRO MONITORAGGIO SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

In ottemperanza alla procedura per la somministrazione di farmaco per l'alunno:

..... classe ..... sezione .....

NOME FARMACO CONSEGNATO DAI GENITORI \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_

sono stati eseguiti i seguenti interventi:

giorno	ora	Tipo intervento ( descrivere brevemente ma esaurivamente le azioni poste in essere)	dose	Firma leggibile