

## ELENCO ALLEGATI PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

1. **Allegato A RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**
2. **Allegato B/1 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**
3. **Allegato C/1 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE**
4. **Allegato B/2 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**
5. **Allegato C/2 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**
6. **Allegato D RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI** (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

**Allegato A**  
**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

Al Dirigente Scolastico  
I.C Secondo Milazzo

I sottoscritti

genitori di \_\_\_\_\_ nato a il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Dichiarano

sulla base delle informazioni assunte dai medici del Servizio Sanitario di \_\_\_\_\_

. che il/la proprio/a figlio/a \_\_\_\_\_

, affetto da \_\_\_\_\_

in caso di crisi come da certificato medico allegato.

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale scolastico: insegnanti e collaboratori/trici scolastici.

**Pertanto sollevano**

Da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso gli insegnanti o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato che entrambi sono impossibilitati a realizzarla

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento

Genitori \_\_\_\_\_

Allegano la documentazione medica specifica contenete:

Diagnosi \_\_\_\_\_

Sintomatologia \_\_\_\_\_

Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco, e modalità di conservazione dosaggio e modalità di somministrazione) \_\_\_\_\_

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Autorizzano il Dirigente Scolastico o suo delegato, ad avere contatti con il medico curante per ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare

Milazzo,

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Il Medico del Servizio (Timbro e firma)

Numeri di telefono utili:

Medico curante

**Allegato B/1**  
**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE**  
**FARMACO SALVAVITA**

Al Personale Docente  
Al Personle ATA

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

all'alunno/a

frequentante la classe

A seguito della richiesta inoltrata, al Dirigente Scolastico 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'allegato piano di azione.<sup>1</sup>

Luogo e Data

il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente

Personale ATA:

**Allegato C/1**

**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

A seguito della richiesta inoltrata, al Dirigente Scolastico 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

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato<sup>1</sup>.

Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione<sup>2</sup>:

Il medicinale sarà somministrato all'alunno da<sup>3</sup>:

Luogo e Data

il

Per presa visione e conferma della disponibilità:  
il personale incaricato: firma

## **Allegato B/2**

### **VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la/il sig. \_\_\_\_\_

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante

la classe \_\_\_\_\_ consegna un flacone nuovo ed integro del medicinale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ da somministrare al/all'alunno/a in caso

di<sup>1</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 genitore

Il ricevente

<sup>1</sup> Indicare l'evento

## **Allegato C/2**

### **VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE**

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la/il sig. \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/  
a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ consegna alla Sig.ra  
\_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del  
medicinale \_\_\_\_\_ da somministrare all'alunno/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

Il ricevente

**Allegato D**  
**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI**  
**FARMACI** (Da compilare a cura dei genitori dell'alunno)

I sottoscritti

genitori di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Essendo il minore affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta necessità,  
chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica  
con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data  
\_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni  
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei  
a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Numeri di telefono utili: \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Genitori \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_