

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/esercenti la potestà genitoriale all'inizio dell'anno scolastico)**

I sottoscritti Sig.ra .....

Sig. ....

- ☐ genitori  
☐ altri esercenti la potestà genitoriale / ☐ tutore / ☐ affidatario di legge sulla base del  
 disposto ..... del .....

dell'alunno/a .....

nato a ..... il .....

residente a ..... in via .....

frequentante la classe ..... della scuola .....

sita a ..... in via .....

Essendo il minore affetto da .....

Come da certificazione medico-specialistica allegata, rilasciata dal Dott./Dott.ssa  
 ..... in data ..... e constatata  
 l'assoluta necessità,

**CHIEDONO**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da prescrizione e posologia medica  
 allegata.

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE)  
 n. 679 del 27 Aprile 2016 e s.m.i.

(i dati personali sensibili sono o dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Data .....

Firma di entrambi i genitori o di chi esercita altro ruolo di legge

.....

**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE / DELEGA  
AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti ..... e .....  
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola.....  
nell'annoscolastico....., affetto da.....  
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione  
medica allegata, rilasciata in data ..... dal Dott./Dott.ssa .....

**CHIEDONO** (Barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra .....
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente fin d'ora l'intervento**, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale e che l'azione di delega non esclude comunque la responsabilità dei genitori o di essi delegati, nella realizzazione degli interventi concordati Art. 6 PROTOCOLLO DI INTESA TRA MIUR - UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO E REGIONE LAZIO "Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico" del 25/11/2005.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con:
- ☐ La vigilanza del personale scolastico (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
  - ☐ L'affiancamento del personale scolastico (controllo delle modalità di auto somministrazione)

**Si consegnano n..... confezioni integre del farmaco denominato .....,  
Lotto/i ..... scadenza ..... e relativa prescrizione medica**

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) n. 679 del 27 Aprile 2016 e s.m.i. e del D.Lgs. n. 101/2018 e s.m.i..

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede, (Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

**Numeri di telefono utili:**

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. Genitori: tel fisso ..... Tel cell .....

Tel. medico curante Dott./ssa ..... tel. ....

**NB:**

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.  
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.  
I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI FAMIGLIA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO**

***Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità***

**SI PRESCRIVE**

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,  
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

La somministrazione di tale farmaco non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte di chi lo somministra.

**ALL'ALUNNO/A**

Cognome..... Nome .....

Nato il ..... a.....

Residente a .....

In via.....

Frequentante la classe ..... della scuola .....

sita a ..... in Via .....

Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:** .....

**Modalità di somministrazione:** .....

**Orario:** 1^ dose .....; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose.....;

**Durata della terapia:** .....

**Modalità di conservazione del farmaco:** .....

**Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco** ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):

☐

**Parziale autonomia**

☐

**Totale autonomia**

**Terapia d'urgenza**

Nome commerciale del farmaco da somministrare: .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione.....

.....

Dose: .....

Modalità di somministrazione: .....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

**Note**.....

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione ☐ Sì ☐ No

(Luogo e Data) ..... il .....

**Timbro e Firma del Medico curante**

.....

## SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe..... istituzione scolastica .....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico e profilo professionale

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO** (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

### 1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico

### 2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitari

Firma Operatore Scolastico

### 3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico

### 4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)..... Firma (madre).....

(Luogo e Data) ..... il .....

**VISTO IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**  
(in caso di alunno/a maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....  
 nato a ..... il.....  
 residente a ..... in Via.....  
 tel .....  
 studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....  
 scuola .....  
 sita in Via ..... Cap .....  
 Località ..... Prov. ....

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale) ..... come  
 da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento (UE) n. 679 del 27 Aprile 2016

(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

(barrare la scelta):

SI ☐ NO ☐

In fede,

(Luogo e Data) ..... il .....

Firma dell'interessato/a

.....

RICHIESTA PRESA IN CARICO

DA INVIARE ENTRO IL .....

NUOVA RICHIESTA INTERVENUTA IN DATA .....

Anno scolastico .....

Il Dirigente scolastico .....

Il Docente referente .....

.....

| PATOLOGIA/CRONICITA' RILEVATA | N° CASI | ORDINE E GRADO DI ISTRUZIONE | PLESSO SCOLASTICO FREQUENTATO |
|-------------------------------|---------|------------------------------|-------------------------------|
|                               |         |                              |                               |
|                               |         |                              |                               |
|                               |         |                              |                               |
|                               |         |                              |                               |
|                               |         |                              |                               |
|                               |         |                              |                               |
|                               |         |                              |                               |

NOTE ED OSSERVAZIONI

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

Data .....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....

**VERBALE PER L'AVVENUTA RICONSEGNA DEL FARMACO DA PARTE DELLA SCUOLA AI GENITORI**

I sottoscritti ..... e .....  
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola .....  
nell'anno scolastico.....,

A seguito della richiesta di somministrazione dei farmaci effettuata a questa istituzione scolastica

in data ..... Prot. n. ....

poiché sono terminate le attività didattiche, con la presente DICHIARANO di ricevere dal personale della segreteria della scuola i farmaci consegnati in data ..... Prot. n. ....

e si impegnano, qualora l'alunno necessiti di terapia continuativa, a rinnovare la richiesta di somministrazione dei farmaci prima dell'inizio del nuovo anno scolastico (qualora l'alunno/a sia ancora frequentante).

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede, (Luogo e Data) ..... il .....

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

.....

## REGISTRO SOMMINISTRAZIONE FARMACO

In ottemperanza alla procedura per la somministrazione di farmaco (salvavita o indispensabile) per l'alunno:

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

sono stati eseguiti i seguenti interventi:

[illegible]

## AVVENUTA PRESA IN CARICO DEL FARMACO

I sottoscritti .....

in qualità di collaboratori scolastici dell' I.I.S. "Statista Aldo Moro" nel presente a.s. ....

A seguito della richiesta di somministrazione dei farmaci effettuata a questa istituzione scolastica

in data ..... Prot. n. .... da parte dei genitori / esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno/a ..... frequentante la classe .....

## DICHIARANO

di ricevere dal personale della segreteria .....

- ☐ n. confezioni ..... integre del farmaco denominato .....  
lotto/i ..... scadenza .....
- ☐ Copia della CERTIFICAZIONE MEDICA E PIANO TERAPEUTICO INDIVIDUALE (**Allegato 2**)
- ☐ REGISTRO DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO (**Allegato C**)

Si impegnano a depositare il materiale prelevato nell'apposito luogo concordato con la presidenza

(si veda circolare n. .... del .....)

In fede, (Luogo e Data) ..... il .....

Firme

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

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

Ai docenti della classe .....

Al personale ATA

Agli addetti al Primo Soccorso

In considerazione del fatto che nella classe ..... è presente un allievo/a affetto/a da patologia necessitante, in tempi estremamente rapidi, della somministrazione di farmaci salvavita/indispensabili, si chiede a tutto il personale in intestazione 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 potrà comunicare la propria disponibilità inserendo il proprio nominativo e la relativa firma nella tabella che segue.

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 Personale disponibile alla somministrazione |          |
|------------------------------------------------|----------|
| Nome e cognome                                 | (firma): |
|                                                |          |
|                                                |          |
|                                                |          |
|                                                |          |
|                                                |          |
|                                                |          |
|                                                |          |
|                                                |          |
|                                                |          |
|                                                |          |

(Luogo e Data) ..... il .....

Il Dirigente Scolastico

.....

# AUTORIZZAZIONE AL PERSONALE DISPONIBILE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(carta intestata dell'Istituto)

Al Personale Docente  
Al Personale ATA

Oggetto: autorizzazione per somministrazione farmaci:

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

in data ..... Prot. n. ....

dal/i Sig. ....

relativa alla (Barrare la voce che interessa)

- ☐ somministrazione di farmaco salvavita/indispensabile
- ☐ assistenza auto- somministrazione farmaco salvavita/indispensabile

all'alunno/a .....

scuola ..... classe ..... sez. ....

il Dirigente Scolastico autorizza i sottoelencati lavoratori a somministrare il farmaco o a coadiuvare l'alunno nell'auto-somministrazione, con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

La persona incaricata della somministrazione del farmaco deve attenersi 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.

|       |       |
|-------|-------|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

(Luogo e Data) ..... il .....

Il Dirigente Scolastico

.....