

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Al Dirigente Scolastico**  
dell'Istituto Comprensivo  
Pisoniano

II/ la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  genitore  tutore

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ frequentante la scuola:

Infanzia di \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Primaria di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Secondaria 1° grado di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

preso atto della normativa relativa alla somministrazione di farmaci a scuola, constatata l'assoluta necessita dell'assunzione del farmaco prescritto, come da allegata certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

e nell'impossibilita di somministrare personalmente il farmaco per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

Consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario,

**CHIEDE**

la somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione/certificazione allegata.

**AUTORIZZA**

il personale scolastico, identificato dal Dirigente Scolastico, alla somministrazione del farmaco e solleva lo stesso da ogni responsabilita civile e penale derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia.

(oppure) **CHIEDE**

che il/la proprio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologia.

**Allega :prescrizione** del medico curante(pediatra di libera scelta o medico di medicina generale)

(II/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/ 03.(i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

TELEFONO FISSO	
TELEFONO CELLULARE	
TELEFONO DI	
TELEFONO DEL DOTTOR	

**II Dirigente Scolastico**

VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI AUTORIZZA LA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO.

data \_\_\_\_\_

**I DIRIGENTE SCOLASTICO**

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE**  
 (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale)  
**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessita

**SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DIPERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/ A**

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
 frequentante la scuola:  
 Infanzia di \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
 Primaria di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
 Secondaria 1° grado di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_  
 sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

del seguente farmaco       **indispensabile**       **salvavita**  
 nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_  
 modalita di somministrazione \_\_\_\_\_  
 dose \_\_\_\_\_  
 orario: 1^ dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_ 3^ dose \_\_\_\_\_ 4^dose \_\_\_\_\_  
 durata della terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

modalita di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

note (possibili effetti collaterali e interventi necessari per affrontarli) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

timbre e firma  
 del Medico di medicina generale o Pediatra



ISTITUTO COMPRENSIVO PISONIANO  
 Strada Prov.le Empolitana Km 17,700 – Loc. SASSA – 00020 Pisoniano (RM) – Tel. 069577002  
 C.F.: 94032700588 – C.M.: RMIC8AJ001  
 Mail: [rmic8aj001@istruzione.it](mailto:rmic8aj001@istruzione.it) – [rmic8aj001@pec.istruzione.it](mailto:rmic8aj001@pec.istruzione.it)

**VERIFICA DISPONIBILITA PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI  
 FARMACI INDISPENSABILI O SALVAVITA**

A tutto il  
 personale dell'Istituto  
 Comprensivo  
 Di Pisoniano

In considerazione del fatto che nell' Istituto sono presenti alcuni allievi affetti da patologie necessitanti, in tempi rapidi, della somministrazione di farmaci **indispensabili o salvavita**, si chiede a tutto il personale la 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.

<b>Il personale disponibile alla somministrazione</b>	
Nome e coanome	firma

data \_\_\_\_\_

**I DIRIGENTE SCOLASTICO**



ISTITUTO COMPRENSIVO PISONIANO  
 Strada Prov.le Empolitana Km 17,700 – Loc. SASSA – 00020 Pisoniano (RM) – Tel. 069577002  
 C.F.: 94032700588 – C.M.: RMIC8AJ001  
 Mail: [rmic8aj001@istruzione.it](mailto:rmic8aj001@istruzione.it) – [rmic8aj001@pec.istruzione.it](mailto:rmic8aj001@pec.istruzione.it)

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

**INDISPENSABILE** /  **SALVAVITA**

All'alunno/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ frequentante la scuola:

Infanzia di \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

Primaria di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

Secondaria 1° grado di \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

A seguito della richiesta inoltrata presso la direzione dell'Istituto, dal sig. \_\_\_\_\_

per il figlio/a \_\_\_\_\_ relativa alla somministrazione del

farmaco  **indispensabile** /  **salvavita,**

il Dirigente scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova e integra del seguente medicinale \_\_\_\_\_ da somministrare al bambino  
 ogni giorno alle ore \_\_\_\_\_ oppure  in caso di<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nella dose \_\_\_\_\_

come da certificazione medica consegnata in segreteria

- il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato
- il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione
- il medicinale sarà somministrato all'alunno da:
  - 1 \_\_\_\_\_
  - 2 \_\_\_\_\_
  - 3 \_\_\_\_\_
  - 4 \_\_\_\_\_
  - 5 \_\_\_\_\_

Per presa visione e conferma della disponibilità - firma del personale incaricato

ATA  docente \_\_\_\_\_  ATA  docente \_\_\_\_\_

ATA  docente \_\_\_\_\_  ATA  docente \_\_\_\_\_

ATA  docente \_\_\_\_\_  ATA  docente \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**



ISTITUTO COMPRENSIVO PISONIANO
Strada Prov.le Empolitana Km 17,700 – Loc. SASSA – 00020 Pisoniano (RM) – Tel. 069577002
C.F.: 94032700588 – C.M.: RMIC8AJ001
Mail: rmic8aj001@istruzione.it – rmic8aj001@pec.istruzione.it

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

INDISPENSABILE / SALVAVITA

In data alle ore
il/la sig. genitore tutore dell'alunno/a
nato a il
frequentante la scuola:
Infanzia di sezione
Primaria di classe
Secondaria 1° grade di classe

consegna ai signori:

- 1)
2)
3)

un flacone nuovo e integro del medicinale
da somministrare al bambino ogni giorno alle ore
in caso di
nella dose come da
certificazione medica consegnata in segreteria rilasciata in data da:

- Servizio di pediatria dell'Azienda ASL n°
medico pediatra di libera scelta dottor
medico di medicina generale dottor

Il farmaco verrà conservato nel seguente luogo
con le seguenti modalità

Il genitore si impegna a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il
medicinale sarà terminato, e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
Si impegna inoltre a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione
integra all'inizio dell'anno scolastico successivo.

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

sig.
sig.

Luogo e data
firma del genitore
firma delle persone incaricate 1) ; 2) ;
3) ;

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

1) indicare l'evento