



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
 SCUOLE INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA 1° GRADO  
**NERETO - SANT'OMERO - TORANO NUOVO**  
 CTS (Centro Territoriale di Supporto Nuove Tecnologie e Disabilità)  
**TEST CENTER AICA LN - - 0532**



Via Vittorio Veneto 32 -64015 NERETO (TE) - ☎ 0861/806954 – 📠 0861/806958  
 ✉ [teic826003@istruzione.it](mailto:teic826003@istruzione.it) - Cod. Fisc. 91019970671 – Cod. Mec. TEIC826003

**RICHIESTA GENITORI PER INTERVENTI DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI  
 IN AMBITO SCOLASTICO**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
 (padre) \_\_\_\_\_  
 (madre) \_\_\_\_\_  
 genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ scuola \_\_\_\_\_  
 del plesso di \_\_\_\_\_ essendo affetto da \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata Certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr. \_\_\_\_\_

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

Con la presente SOLLEVANO gli incaricati ad effettuare la presentazione da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Dichiarano di condividere il Protocollo di intervento di Istituto:

- Acquisire agli atti le necessarie informazioni e documentazioni (Richiesta genitori, Certificazione medica, Individuazione Personale disponibile da parte del Dirigente Scolastico, Verbale dell'eventuale incontro con la famiglia e il medico curante .....
- Osservare i sintomi
- Somministrare il farmaco prescritto come indicato dalla Certificazione medica
- Contestualmente avvisare telefonicamente il 118 e la famiglia ai recapiti telefonici forniti
- Attendere l'arrivo del personale sanitario ed esporre gli interventi messi in atto

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

(padre) \_\_\_\_\_ (madre) \_\_\_\_\_ (medico curante) \_\_\_\_\_  
 (.....) \_\_\_\_\_ (.....) \_\_\_\_\_

Si impegnano a fornire il farmaco alla scuola e a sostituirlo alla data di scadenza.

Si dichiara la possibilità di prevedere l'auto somministrazione del farmaco da parte dell'allievo per età esperienza, addestramento  SI  NO

I dati forniti verranno trattati dall'Istituto Scolastico con le modalità contenute nell'informativa disponibile sul sito Istituzionale ai sensi del ex-art.13 D.Lgs.196/2003 (Codice sulla privacy) e ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori  
 (padre) \_\_\_\_\_  
 (madre) \_\_\_\_\_

# FAC SIMILE CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto Dott. ...., medico curante dell'alunno/a: Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Frequentante nell'a.s. \_\_\_\_/\_\_\_\_ la classe ..... sezione ..... presso la scuola ..... plesso di .....

## DICHIARA

Che l'alunno/a è affetto da (patologia presentata dall'alunno per cui viene richiesta la somministrazione del farmaco:

\_\_\_\_\_ e pertanto, in caso di urgenza, necessita di somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

### 1) Descrizione dettagliata del farmaco:

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Dose da somministrare \_\_\_\_\_

conservazione \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Tempi \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

### 2) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento):

SI     NO

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In Fede (timbro e firma)

.....

Nota protocollo n. 2312/Dip./Segr. Del 25 novembre 2005 predisposta dal MIUR d'intesa con il Ministero della salute contenente le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico";

Art. 4 - Modalità di intervento - La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno/a con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia)



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**  
 SCUOLE INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA 1° GRADO  
**NERETO - SANT'OMERO - TORANO NUOVO**  
 CTS (Centro Territoriale di Supporto Nuove Tecnologie e Disabilità)  
**TEST CENTER AICA LN - - 0532**



Via Vittorio Veneto 32 -64015 NERETO (TE) - ☎ 0861/806954 – 📠 0861/806958  
 ✉ [teic826003@istruzione.it](mailto:teic826003@istruzione.it) - Cod. Fisc. 91019970671 – Cod. Mec. TEIC826003

**OGGETTO: INDIVIDUAZIONE DEL PERSONALE DISPONIBILE A SOMMINISTRARE FARMACI DURANTE LE ATTIVITA' SCOLASTICHE**

VISTA la richiesta per interventi di somministrazione farmaci in ambito scolastico inoltrata dai genitori dell'alunno/a ....., nato a ..... il .....

Frequentante la classe ..... sez ..... scuola ..... del plesso di .....

In data .....

VISATA la certificazione medica allegata alla richiesta dei genitori;

VISTA LA NOTA PROTOCOLLO N .2312/Dip./Segr. del 25 novembre 2005 predisposta dal MIUR d'intesa con il Ministero della salute contenente le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;

Si è provveduto all'individuazione del personale docente/non docente disponibile ad effettuare in caso di urgenza, la necessaria somministrazione di farmaci in ambito scolastico, secondo il Protocollo di intervento di Istituto:

- Acquisire agli atti le necessarie informazioni e documentazioni (Richiesta genitori, Certificazione medica, Individuazione Personale disponibile da parte del Dirigente Scolastico, Verbale dell'eventuale incontro con la famiglia e il medico curante....)
- Osservare i sintomi
- Somministrare il farmaco prescritto come indicato dalla Certificazione medica
- Contestualmente avvisare telefonicamente il 118 e la famiglia ai recapiti telefonici forniti
- Attendere l'arrivo del personale sanitario ed esporre gli interventi messi in atto

Si precisa che gli incaricati alla somministrazione del farmaco sono sollevati da ogni responsabilità relativa alla somministrazione e da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal farmaco stesso.

Personale disponibile:

docente _____	firma _____
docente _____	firma _____
docente _____	firma _____
docente _____	firma _____
collaboratore scolastico _____	firma _____
collaboratore scolastico _____	firma _____

I dati forniti verranno trattati dall'Istituto Scolastico con le modalità contenute nell'informativa disponibile sul sito Istituzionale ai sensi del ex-art.13 D.Lgs.196/2003 (Codice sulla privacy) e ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
 Dott.ssa Laura D'Ambrosio