



ISTITUTO COMPRENSIVO  
SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI I° GRADO  
“G. Philippone”

Via Sacramento, 106 - 92020 San Giovanni Gemini - ( AG ) C.F./PARTITA  
I.V.A. 93019650840 – C.M.: AGIC818005 Tel. 0922/903041 – Fax  
0922/909289 Email: [agic818005@istruzione.it](mailto:agic818005@istruzione.it) –  
[agic818005@pec.istruzione.it](mailto:agic818005@pec.istruzione.it) –  
Sito Web.: [www.ic-philippone.edu.it](http://www.ic-philippone.edu.it)

A tutti Docenti  
Ai Genitori  
Al Personale Ata  
Al Sito web

**Oggetto: Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI**

Il dirigente scolastico facendo riferimento alla “Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI”,

CONSIDERATA

la Dichiarazione dei diritti del bambino, approvata dall'ONU il 20 novembre 1959, che afferma che va garantito ai bambini il diritto ai mezzi che consentono lo sviluppo in modo sano e normale sul piano fisico, intellettuale, morale, spirituale e sociale;

VISTO il Decreto Legislativo 31 Marzo 1998 n. 112 “conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli Enti Locali”;

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica 8 Marzo 1999 n. 275 concernente il regolamento per l'Autonomia scolastica;

VISTA la Legge 8 novembre 2000 n. 328, legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali;

VISTO il Decreto Legislativo 30 Marzo 2001 n. 165, concernente “norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

VISTA la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate le “Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico” a firma dei Ministri del MIUR e della salute;

VISTO il C.C.N.L. del comparto scuola 2016/2018 sottoscritto in data 19.04.18, art. 28, comma 4;

PREMESSO che “la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto” (art. 2 delle suddette Linee Guida);

## CONSIDERATO

che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;  
dispone la seguente procedura per quanto previsto in oggetto.

Con la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 il Ministero dell'Istruzione ha ricordato le modalità per la somministrazione dei farmaci a scuola oltre ad avere realizzato e fornito una nuova modulistica che si allega.

Dalla nota emerge che:

- 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 con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).
- I dirigenti scolastici, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:
  - effettuano una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
  - concedono, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
  - verificano la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati.
- Gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 81/2008 ed abbiano svolto obbligatoriamente la formazione in situazione.

Pertanto, la presente circolare intende disciplinare le azioni da intraprendere nel caso in cui gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico.

## Soggetti e destinatari

Oggetto delle presenti Raccomandazioni è la somministrazione di farmaci e di specifiche attività a supporto di alcune funzioni vitali a bambini e ragazzi che, affetti da patologie, abbiano tali necessità in orario e ambito educativo, scolastico e formativo.

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità (**farmaco indispensabile o salvavita**) durante l'orario scolastico, in considerazione dell'idoneità dei locali scolastici alla somministrazione e conservazione del farmaco e previa disponibilità dei docenti e/o del personale A.T.A formati. I docenti e il personale ATA, invitati dal DS a dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di tale tipologia di farmaci e, quindi, alla formazione in situazione, saranno specificamente formati dalla ASL in merito a quanto attinente al piano terapeutico. Nelle more della formazione dei docenti o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori stessi o persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico. È compito della famiglia comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, secondo le procedure indicate nelle presenti Raccomandazioni, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento. È compito della famiglia fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità con la sostituzione di nuovo farmaco. Nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno ad altra scuola, o ad altro Comune/Provincia, è compito della famiglia informare la scuola che accoglie il bambino o il ragazzo.

## **Procedura**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico e nei locali scolastici deve essere:

1.formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercitanti la potestà genitoriale; la richiesta sarà corredata di certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico e del piano terapeutico.

Il DS una volta ricevuta la richiesta della famiglia, verifica (di norma entro una settimana):

- la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, ecc.);
- la disponibilità del personale dietro richiesta di manifestazione da parte del DS;
- l'esigenza di formazione specifica. Il DS prenderà i contatti con ASL per fissare la formazione.

In seguito:

- convoca la famiglia, a tutela della privacy, per il consenso scritto sull'informazione data agli studenti e al personale interessato, sul locale dove si assisterà l'alunno, sull'autosomministrazione e conservazione del farmaco nello zaino/astuccio del figlio poiché responsabile in modo autonomo dei tempi e modi di tali atti. In tale consenso la famiglia viene avvisata che l'organizzazione complessiva può essere limitata in particolari e straordinari tempi dalla possibile assenza del personale dichiaratosi disponibile e quindi incaricato della somministrazione: al verificarsi di tali evenienze sarà contattata la famiglia per procedere alla soluzione contingente.
- Il DS, il medico, il personale resosi disponibile, i genitori stenderanno il PIP Piano di Intervento Personalizzato
- il genitore firmerà il verbale di consegna del farmaco in segreteria;
- il personale formato potrà procedere alla somministrazione del farmaco attenendosi alle indicazioni del piano terapeutico e del PIP Piano di Intervento Personalizzato.

## **Auto somministrazione**

La norma prevede l'autosomministrazione dei farmaci per casi specifici riguardanti alunni di età inferiore ai 14 anni, d'intesa con l'ASL e la famiglia. A tale scopo, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola". L'autorizzazione dei genitori all'auto-somministrazione deve essere presentata per iscritto con assunzione di responsabilità anche in merito all'autonomia di conservazione del farmaco.

## **Luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci**

Il docente fiduciario di plesso propone al Dirigente scolastico i luoghi fisici idonei per:

- la conservazione (di norma l'armadietto dei medicinali che deve essere chiuso a chiave);
- la somministrazione o l'autosomministrazione dei farmaci. La somministrazione di farmaci mediante aghi deve avvenire in un luogo appartato, anche per garantire l'incolumità dei compagni.
- I genitori firmano l'assenso alla conservazione e alla somministrazione nei luoghi individuati.

## **Durata della terapia/attività a supporto di alcune funzioni vitali**

L'autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve contenere anche l'indicazione della durata dell'intervento, che può essere fatta per un periodo predefinito o a lungo termine, secondo l'indicazione del medico curante.

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

### **Modifiche o sospensione della terapia**

In caso di modifiche dell'intervento (posologia/modalità di somministrazione.) o di sospensione della cura e a seguito di nuova prescrizione del medico curante, la famiglia deve fornire tempestivamente tale informazione insieme alla prescrizione del medico curante, affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione da trasmettere alla scuola.

### **Partecipazione a uscite didattiche e/o visite scolastiche**

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo modalità organizzative da concordare dai docenti direttamente coinvolti con il Dirigente scolastico e con la famiglia.

### **Gestione delle emergenze**

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati per i casi concreti presentatisi, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

### **Non disponibilità del personale della scuola**

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente scolastico può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il Dirigente scolastico può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il Dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata:

- a.ai genitori o agli esercitanti la potestà genitoriale;
- b.al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

### **Gestione dell'emergenza**

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al 118 avvertendo contemporaneamente la famiglia.

**NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.**

In Allegato: (gli allegati sono scaricabili dal Sito)

- **ALLEGATO 1** Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e Piano Terapeutico
- **ALLEGATO 2** Richiesta di somministrazione farmaci nei locali ed in orario scolastico
- **ALLEGATO 3** Verbale di consegna alla scuola del farmaco
- **ALLEGATO 4** disponibilità del personale alla somministrazione
- **ALLEGATO 5** richiesta di formazione specifica alla ASL

**Il Dirigente Scolastico  
(Dott. Giuseppe Oliveri)**



**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA  
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO  
SI CERTIFICA**

lo stato di malattia dell'alunno/a ..... nato/a a .....  
in data ...../...../..... residente in .....

Codice Fiscale            e Considerata l'assoluta necessità per  
il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco  
....., con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la  
somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

salvavita oppure  indispensabile;

- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

**SI ATTESTA**

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia  al genitore dell'alunno/a (oppure)  all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

# PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome .....

Nome .....

**A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile** .....**

**A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:**

- Orario e dose da somministrare  Mattina (h. ....) dose da somministrare .....  Pasto (prima, dopo) ..... dose .....
- Pomeriggio (h. ....) dose .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../.....

**A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:**

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):  
.....  
.....

- Dose da somministrare .....
- Modalità di somministrazione del farmaco .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....

Durata della terapia: dal ...../...../..... al ...../...../..... (**Oppure**)

**B) Nome commerciale del farmaco **salvavita** .....**

Modalità di somministrazione del farmaco .....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):  
.....
- Dose da somministrare  
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco  
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL  
.....

Luogo .....

In fede

Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

Genitore dello studente/essa ....., (oppure)  Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure)  Studente/essa maggiorenne nato/a a..... il .... / .... / ..... e residente a ..... in Via ..... , che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto ..... sito in Via ..... Cap .....  
Località ..... Provincia .....

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ..... /dal Dott. ...., in data .../.../....;

### **CHIEDO**

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiero, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (1) Firma \_\_\_\_\_

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

## **VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO**

**Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto**

**Al genitore dell'alunno/all'alunno**

**Oggetto:** *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a* \_\_\_\_\_

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_,  
(barrare la voce che corrisponde)

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

(oppure)  esercente la potestà genitoriale sull'alunno \_\_\_\_\_

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

l'alunno/a \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_, sez. \_\_\_,  
dell'Istituto \_\_\_\_\_, consegna all'incaricato,  
Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot.  
\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e  
Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal (barrare la voce  
corrispondente):

Servizio di pediatria della Azienda USL \_\_\_\_\_

medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_

medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo: \_\_\_\_\_ con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo \_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore/dello studente \_\_\_\_\_

## **PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)**

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Alla Famiglia dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
(oppure)  
All'alunno/a \_\_\_\_\_  
Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco  
Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_ sezione \_\_\_\_  
Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto  
Alla Azienda USI

**Oggetto: Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in orario scolastico all'alunno/a**

I sottoscritti Dirigente scolastico ..... e il Referente per l’Azienda USL....  
..... dott. ....

Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne) ....., iscritto/a alla classe ..... sez.... .... dell'Istituto ....., plesso ....., sito in via ..... località .....

Vista la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL n. .... / dal Dott. .... in data .../.../...., nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) ..... da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde) □

salvavita

(Oppure)

indispensabile

Constatata la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

Visti gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda USL nelle date indicate nella tabella sottostante:

## **DISPONGONO**

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_;

secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale:  
\_\_\_\_\_;

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.): \_\_\_\_\_;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

<b>COGNOME e NOME</b>	<b>Tipo di personale</b>	<b>FIRMA (leggibile) del personale scolastico</b>	<b>Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL</b>
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda USL \_\_\_\_\_

Prof. .....

Dott. .....

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) \_\_\_\_\_,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda USL \_\_\_\_\_ con la presente:

esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del genitore  
o dell'esercente la potestà genitoriale  
o dello studente (se maggiorenne)

## ALLEGATO 5

Spett.le ASL \_\_\_\_\_

Sede

*Oggetto: Formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco*

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, cordialità.

**Il Dirigente Scolastico**