

*Ministero dell'Istruzione e del Merito*  
*Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana*  
**Istituto Comprensivo Marco Polo**

Circolare n. 13 /2024

Prato, 13-09-2024

Ai Genitori degli alunni  
Ai Docenti dell'Istituto  
Alla Segreteria e al Personale ATA  
Al Sito  
dell'IC Marco Polo

**OGGETTO: Richiesta di somministrazione di farmaci a scuola**

Si invitano i genitori degli alunni frequentanti il nostro Istituto all'attenta lettura del Protocollo, qui di seguito allegato, al fine di consentire una corretta procedura per l'eventuale somministrazione dei farmaci in orario scolastico.

Sarà cura della scrivente effettuare la ricognizione del personale disponibile all'eventuale somministrazione e organizzare, per loro, adeguati corsi di formazione.

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Giuliana Pirone

firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lvo 39/93)

## PROCEDURA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

### **Premessa**

Gli studenti che frequentano l'Istituto Marco Polo, a causa di patologie acute o croniche, possono avere la necessità della somministrazione di farmaci in ambito ed in orario scolastico. Tale necessità, soprattutto per quanto riguarda le patologie croniche (es. diabete giovanile), non può costituire ostacolo alla frequenza scolastica dell'allievo in quanto l'essere portatori di una patologia cronica non deve costituire fattore di emarginazione per lo studente.

L'assistenza specifica agli allievi che necessitano di somministrazione di farmaci generalmente si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene.

Al fine di evitare incongrue somministrazioni di farmaci, ma nel contempo per salvaguardare il diritto alla cura degli studenti portatori di patologia e garantire un approccio omogeneo alla gestione materia all'interno dell'Istituto, si rende necessario regolamentare i percorsi d'intervento e di formazione in tutti i casi in cui, in orario scolastico, si registra la necessità di somministrare farmaci.

### **Requisiti per la somministrazione**

Si identificano i seguenti requisiti:

- In ambito scolastico vengono somministrati farmaci solo in caso di effettiva, assoluta necessità, come in situazioni di patologie croniche ed in particolari patologie acute;
- In ambito scolastico vengono somministrati solamente quei farmaci per i quali la somministrazione non può avvenire al di fuori dell'orario scolastico e la cui omissione può causare danni alla salute dell'allievo.
- La somministrazione può avvenire solamente in virtù di un rapporto fiduciario fra genitori ed operatori scolastici.
- Da parte degli operatori scolastici, che diano la disponibilità volontariamente, possono essere somministrati solamente farmaci somministrabili anche in ambiente domestico principalmente per via orale, aerosol e simili. La somministrazione di farmaci per via parenterale è prevista solo in caso di urgenza e per rarissimi casi particolari.
- L'assistenza specifica, nel caso sia possibile per la presenza di volontari, è erogata solo a seguito di una indispensabile e prioritaria "formazione in situazione" da parte dell'ASL, riguardante le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza prevista dal Decreto Legislativo 81/08 e dal D. M. 388/2003.

### **Procedura**

1. La richiesta di somministrazione del farmaco deve essere inoltrata da parte di uno dei genitori o dal tutore al Dirigente Scolastico utilizzando il modulo allegato e solo in presenza della prescrizione alla somministrazione rilasciata dal Medico Curante dalla quale si evinca:

- l'assoluta necessità;
- l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione ai tempi, né alla posologia, né alle modalità di somministrazione, né di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della somministrazione da parte del personale non sanitario.

2. La prescrizione medica deve contenere, esplicitati in modo chiaramente leggibile, senza possibilità di equivoci e/o errori:

- nome e cognome dell'allievo;
- nome commerciale del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

3. Può essere avanzata anche richiesta di somministrazione durante l'orario scolastico da parte di un genitore o di persona da lui designata che, in tal caso, potrà ricevere autorizzazione all'accesso a scuola da parte del Dirigente Scolastico, per effettuare la somministrazione.

4. La validità della richiesta è limitata al massimo alla durata dell'anno scolastico e va rinnovata nel caso di variazione del farmaco o di una delle condizioni descritte. La realizzazione dell'intervento, così come descritto nella procedura individuata, riguarda al più l'anno scolastico di riferimento.

## **Ruolo del Dirigente Scolastico**

### 1. Autorizza la somministrazione del farmaco:

- una volta acquisita la documentazione del genitore/tutore, con allegata certificazione del medico curante conforme a quanto sopra riportato;
- una volta acquisita la disponibilità del collaboratore o del docente alla somministrazione;
- una volta realizzati gli interventi formativi specifici a cura dell'ASL;
- nel caso non vi siano disponibilità di personale interno al plesso e in attesa della risposta delle autorità locali preposte alla tutela della salute, indicherà agli operatori scolastici di rispondere all'emergenza con la seguente procedura:
  - chiamata al 112/118
  - chiamata al genitore o al delegato dal genitore
  - chiamata al medico di base della zona
  - chiamata al medico di base di zone limitrofe
  - chiamata di personale paramedico in loco.

2. Acquisisce, preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al Primo Soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D. M. 388/03), la disponibilità degli operatori scolastici (docenti e collaboratori) a somministrare i farmaci, ai quali deve essere garantita prioritariamente l'informazione e formazione specifica;

3. Si fa garante della sola organizzazione dell'esecuzione di quanto indicato sul modulo di prescrizione per la somministrazione dei farmaci avvalendosi, se disponibili e presenti, solo degli operatori scolastici opportunamente formati e si impegna a richiedere gli eventuali mezzi necessari a garantire l'ideale attuazione dell'intervento pianificato;

4. Organizza incontri informativi/formativi per il personale volontario interno, con la collaborazione del personale dell'ASL;

5. La tempestiva richiesta all'ASL di intervento di formazione al personale libera il Dirigente Scolastico da qualunque responsabilità in ordine alla mancata autorizzazione all'intervento in assenza di formazione specifica del personale scolastico individuato;

6. Garantisce un luogo idoneo per l'attuazione della terapia.

## **Ruolo del personale scolastico**

Il personale scolastico, docente e non docente, che ha dato la propria disponibilità a somministrare il farmaco:

- partecipa agli incontri formativi/informativi organizzati dal Dirigente Scolastico;
- provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella richiesta.

## **Ruolo del genitore / tutore**

1. Fornisce al Dirigente Scolastico la documentazione prescritta, compresa quella del medico;
2. Fornisce al Dirigente Scolastico un recapito telefonico al quale sia sempre disponibile egli stesso o un suo delegato per le emergenze;
3. Fornisce il farmaco, tenendo personalmente nota della scadenza e provvedendo direttamente, mediante controlli periodici sul posto, alla verifica della corretta conservazione ed alla eventuale sostituzione in caso di necessità.

## **Ruolo dell'A.S.L.**

1. Si rende disponibile all'organizzazione di incontri di informazione e/o formazione degli operatori scolastici su particolari patologie (diabete giovanile, allergie, epilessie etc.);
2. Organizza la gestione dei casi clinici più complessi, attraverso incontri che coinvolgono le parti interessate nel momento in cui si presenta il problema all'interno della scuola (familiari, operatori scolastici, medici curanti etc.);
3. Esprime pareri su richiesta del Dirigente Scolastico, da emettersi in tempo utile ad una veloce risposta della scuola ad una esigenza dell'allievo.
4. Qualora sia necessario l'intervento di un operatore sanitario per la somministrazione per via parenterale di insulino terapia o altri interventi invasivi, reperisce le risorse umane da destinare a tale incombenze.

## AUTOSOMMINISTRAZIONE

Premesso che l'autosomministrazione del farmaco è da incentivare in alcune situazioni cliniche (diabete, asma allergica etc.), anche in questo caso il genitore deve farne richiesta al Dirigente Scolastico, con la compilazione del modulo, che dovrà riferirsi comunque ad una precisa prescrizione rilasciata dal medico curante.

### PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Viste le linee guida emanate dal M.I.U.R. d'intesa con il Ministero della Salute il 25/11/2005, ed il Protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Ufficio Scolastico Regionale per la Toscana il 08/01/2015, all'interno di questa Istituzione Scolastica la somministrazione di farmaci agli studenti minorenni è regolata come segue:

### CONDIZIONI CHE POSSONO RICHIEDERE LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI: RUOLI E RESPONSABILITÀ

La somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata alle situazioni in cui il medico curante dello studente reputa indispensabile l'assunzione di farmaci nell'arco temporale in cui lo stesso è a scuola, per la cura di patologie acute o croniche e per l'intervento in caso di sintomatologie (convulsioni, ipoglicemia, asma, allergia, epilessia etc.) che possono manifestarsi in forma tale da rendere la somministrazione "salvavita". Tale somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità ed è subordinata alla manifestazione di disponibilità ad eseguirla da parte di uno o più lavoratori dell'istituto.

	AZIONE	MODULISTICA
<b>MEDICO DI FIDUCIA</b> <b>Pediatra di famiglia o</b> <b>Medico di medicina generale</b>	Sulla base delle necessità cliniche dello studente certifica, attraverso apposito modulo, la necessità di somministrazione del farmaco definendo precisamente la posologia, le modalità di conservazione e di somministrazione, i tempi e la durata della terapia, la descrizione dei sintomi che ne richiedono la somministrazione	Sottoporre al medico <b>ALLEGATO 1</b>
<b>GENITORE</b> <b>o soggetto che</b> <b>esercita la potestà</b> <b>genitoriale sullo</b> <b>studente</b>	Non essendo nelle condizioni di provvedere personalmente, redige la richiesta di somministrazione del farmaco in orario scolastico ed allega alla richiesta l'allegato 1 che avrà provveduto a farsi rilasciare dal medico di medicina generale o dal pediatra di famiglia. il genitore deve inoltre fornire all'istituto il farmaco verificandone la scadenza e la necessità di reintegro	Redige l' <b>ALLEGATO 2</b> ed allega allo stesso il <b>ALLEGATO 1</b> compilato
<b>DIRIGENTE SCOLASTICO</b>	Accoglie la richiesta avanzata dal genitore o da chi esercita la potestà sul minore e si attiva verificando la sussistenza delle condizioni di conservazione e somministrazione previste per il farmaco riportate nel <b>MODELLO 1</b> e ne organizza la relativa somministrazione acquisendo la disponibilità da parte del personale scolastico. Qualora lo ritenga necessario richiede un supporto informativo/formativo all'ASL	
<b>PERSONALE SCOLASTICO</b> <b>DISPONIBILE</b>	Provvede alla precisa somministrazione del farmaco secondo le indicazioni contenute nell' <b>ALLEGATO 1</b> e partecipa all'eventuale incontro di informazione/formazione richiesto all'ASL.	

# INFORMATIVA PRIVACY INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

(Ver. A012 del 01/06/2021)

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione dei rapporti con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarla di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'istituto nonché del Ministero dell'istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci Saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento,
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: - Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovrintendere alla somministrazione richiesta; - Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori; - ASL per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale; - Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza; - Professionisti di cui l'istituto si avvale (RSPP e Medico Competente); - Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.) - Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto); - Fornitori di cui l'istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione; esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.
Cosa succede se non conferisco i miei dati?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta
Cos'altro devo sapere?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base Fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata.

Luogo e data \_\_\_\_\_

ALLIEVO \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_

Cognome e nome 1° Genitore o Tutore ..... Firma

Cognome e nome 2° Genitore o Tutore, ..... Firma

(") Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.



## PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**: \_\_\_\_\_

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

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

A.2) Necessita 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:

- Si
- No

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

- Si
- 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

(Art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....,  
Genitore dello studente/essa ..... (oppure) Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il ....../...../..... e **residente** a .....in Via ..... , che frequenta la classe ... sez \_\_\_\_\_ del plesso.....città ..... Prov. ....,

- 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 **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.

Numeri di telefono:	famiglia	pediatra di libera scelta medico di <b>medicina</b> generale

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 veritiere, 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)

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

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

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

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_,

iscritto alla classe \_\_, sez. \_\_, della scuola \_\_\_\_\_ dell'Istituto M. Polo, 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)

(art. 2 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

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

Alla Famiglia de1l'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 USL \_\_\_\_\_

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

I sottoscritti Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_ e il Referente per  
l'Azienda USL n. \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_

- Vista la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_, iscritto/a alla classe ..... sez... plesso ..... dell'Istituto .....,
- 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 al responsabile incaricato Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_
- che il farmaco venga conservato, 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, 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:

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

Il Dirigente Scolastico

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

Prof. ....

Dott. ....

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

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

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale \_\_\_\_\_,  
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

\_\_\_\_\_