

**VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE IN ORARIO SCOLASTICO**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'IC LODI 4

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ il/la  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
genitore dell'alunno/a (indicare le iniziali) \_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_ consegna nelle mani di  
\_\_\_\_\_ una confezione nuova ed integra del farmaco  
\_\_\_\_\_ da somministrare all'alunno/a secondo  
le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato A, consegnato  
in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore o autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso o provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato e comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

---

Il personale che riceve il farmaco \_\_\_\_\_

Il genitore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Oggetto: RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA A.S.**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
frequentante la classe/sezione \_\_\_\_\_ presso la scuola dell'infanzia/primaria/secondaria di  
\_\_\_\_\_

c h i e d o n o

- la somministrazione allo/a stesso/a di terapia farmacologica a scuola, come da Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico allegati;
- la possibilità che lo/a stesso/a si auto-somministri la terapia farmacologica a scuola, come da Certificazione dello stato di malattia e Piano Terapeutico allegati.

Nel contempo

- dichiarano di essere consapevoli che nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile lo stesso non deve avere né competenze né funzioni sanitarie né prevedere l'esercizio della discrezionalità tecnica;
- autorizzano inoltre il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso. • si impegnano a fornire alla scuola il farmaco prescritto nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione, nonché a provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza;
- si impegnano a comunicare tempestivamente al Dirigente Scolastico eventuali variazioni al Piano Terapeutico, formalmente documentate dal medico responsabile dello stesso.

Recapiti in caso di necessità/consulenza: \_\_\_\_\_

**ALLEGATI**

- **CERTIFICAZIONE DELLO STATO DI MALATTIA**
- **PIANO TERAPEUTICO**

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_

FIRMA DELLA MADRE \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si è impossibilitati a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere anche la seguente l'autodichiarazione:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA \_\_\_\_\_

(Da compilare a cura del medico)

**PIANO TERAPEUTICO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO, DA ADOTTARE:**

- in caso di emergenza
- per continuità terapeutica in caso di patologia cronica

(specificare solo una delle opzioni)

Studente \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Farmaco da somministrare \_\_\_\_\_

(nome commerciale del farmaco, forma farmaceutica e dosaggio)

Principio attivo del farmaco \_\_\_\_\_

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco: (da compilare per somministrazione in caso di emergenza) \_\_\_\_\_

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

Modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ (somministrazione da parte di terzi o auto-somministrazione)

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Durata e tempistica della terapia - orario e giorni \_\_\_\_\_ (da compilare per somministrazione per continuità terapeutica in caso di patologia cronica)

Prescrizione di adrenalina per rischio di anafilassi \_\_\_\_\_

**Si dichiara che la somministrazione del farmaco suddetto non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né dell'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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione.**

Data Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

**Disponibilità per la somministrazione di farmaci agli alunni**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in  
servizio presso \_\_\_\_\_

in qualità di:			
docente	formato primo soccorso	si	no
collaboratore scolastico	formato primo soccorso	si	no
assistente amministrativo	formato primo soccorso	si	no

Considerata la richiesta dei genitori dell'alunno/a (iniziali) \_\_\_\_\_ della  
classe \_\_\_\_\_

d i c h i a r a

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del  
farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella  
documentazione medica prodotta.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_