

Documento 1 - ALLEGATO A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE O AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Al Dirigente Scolastico
IC Badolato-Guardavalle "Aldo Moro"
SEDE

I sottoscritti _____ in qualità di esercenti la
responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____, nato/a _____ a
_____ il _____, frequentante la scuola:

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di I grado

Classe _____ Sezione _____ Plesso _____

Essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta
necessità, **CHIEDONO** l'autorizzazione in ambito ed orario scolastico per (***selezionare la voce di
interesse***):

- ☐ La somministrazione del farmaco da parte del personale scolastico.
☐ L'auto-somministrazione del farmaco da parte del minore, con la sola vigilanza del personale.

Si specifica che il trattamento riguarda un (***selezionare la voce di interesse***):

- ☐ **FARMACO SALVAVITA / DI EMERGENZA** (da somministrare tempestivamente al bisogno);
☐ **FARMACO INDISPENSABILE PER TERAPIA CRONICA** (da somministrare ad orario
fisso);

A tal fine si allega la seguente documentazione medica (***selezionare una delle due opzioni***):

- ☐ **OPZIONE A:** Certificazione medica compilata e firmata dal Pediatra/MMG sul "Documento 2 -
Allegato B" qui allegato.
☐ **OPZIONE B** (In caso di mancata compilazione del Modulo 2): Autodichiarazione dei genitori (ai
sensi del D.P.R. 445/2000) che attesta la necessità assoluta del farmaco, **A CUI SI ALLEGA
TASSATIVAMENTE** copia della ricetta medica in corso di validità o del Piano Terapeutico
Specialistico ospedaliero contenente posologia, orari e modalità di somministrazione.

Dichiarazioni e Consensi Legali:

- **Esonero da responsabilità:** Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, solleviamo lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- **Impegno della famiglia:** Ci impegniamo a consegnare il farmaco integro e a rinnovare la richiesta a ogni inizio anno scolastico o variazione di terapia. In caso di firma di un solo genitore, il sottoscritto dichiara di aver effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale (artt. 316, 337-ter e 337-quater c.c.).
- **Privacy:** Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Numeri di telefono utili (Reperibilità Genitori):

- 1) _____
2) _____

Pediatra/Medico curante: Tel. _____

Data _____

Firme Esercenti Responsabilità Genitoriale: _____

Documento 2 – ALLEGATO B

Prescrizione Medica e Piano Terapeutico

(Da far compilare, timbrare e firmare dal Pediatra di Libera Scelta o Medico di Medicina Generale)

Al Dirigente Scolastico
IC Badolato-Guardavalle "Aldo Moro"
SEDE

NOTA PER IL MEDICO / PEDIATRA: La compilazione del presente modulo non è necessaria qualora la famiglia sia già in possesso di un Piano Terapeutico Specialistico ospedaliero o di una ricetta medica dettagliata (con indicazione chiara di farmaco, posologia, non discrezionalità e orari). In tal caso, la scuola accetterà la documentazione clinica già esistente allegata al Documento 1- Allegato A.

Si certifica che il minore _____

nato il _____ a _____

affetto da patologia:

necessita della somministrazione del seguente farmaco in orario scolastico:

Classificazione del farmaco:

☐ **FARMACO SALVAVITA / DI EMERGENZA** (es. adrenalina, anticonvulsivante, ecc.)

☐ **FARMACO INDISPENSABILE** (terapia cronica / a orario fisso)

Dettagli Tecnici della Terapia:

1. **Nome commerciale del farmaco:**

2. **Dose e Posologia:**

3. **Modalità e tempi di somministrazione** (es. Orario fisso delle ore _____ / oppure al bisogno in caso di evento specifico):

4. **Durata della terapia:** Dal _____ Al _____ (o intero anno scolastico)

Eventuali effetti collaterali e modalità di conservazione:

5. **Dichiarazione di non discrezionalità e fattibilità:** Si dichiara la totale non discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione all'individuazione degli eventi, né in relazione ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e di conservazione. Si attesta altresì che la somministrazione si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale.

☐ L'alunno è in grado di procedere all'auto-somministrazione guidata.

Data _____

Timbro e Firma del Pediatra / MMG: _____

Documento 3 – ALLEGATO C

Autorizzazione del DS, Consegna Farmaco e Piano di Azione Unificato

PARTE A: VERBALE DI CONSEGNA DEL MEDICINALE (A cura di Genitori e Insegnanti)

In data _____ alle ore _____, i genitori consegnano agli insegnanti di classe un
flacone _____ nuovo ed _____ integro del medicinale denominato:
_____, con scadenza verificata (Scade il:
____/____/____).

Il farmaco sarà conservato nel seguente luogo sicuro della scuola: _____.

Firme Esercenti Responsabilità Genitoriale: _____

PARTE B: PRESA VISIONE E CONFERMA DELLA DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE

I sottoscritti firmatari (Docenti e ATA del plesso) dichiarano di aver preso visione della richiesta dei genitori e della documentazione medica allegata. Confermano la propria disponibilità a collaborare per la custodia, la vigilanza o la somministrazione del farmaco secondo il piano d'azione rapido.

Firma per presa visione e conferma della disponibilità personale Docente e personale Ata:

Personale Docente:	Personale ATA:

PARTE C: PIANO DI AZIONE RAPIDO IN CASO DI EMERGENZA (Per il Personale di Turno)

Nel caso in cui si verifichi l'evento critico indicato dal medico, tutto il personale presente (Docenti, ATA o Supplenti) deve collaborare attuando immediatamente le seguenti mansioni:

- **PRIMO ADULTO (Operatore che soccorre):**

1. Resta con l'alunno e mantiene la calma.
2. Richiede il farmaco e l'aiuto dei colleghi/collaboratori di turno.
3. Somministra il farmaco seguendo esattamente il Documento 2 – Allegato B del medico o la documentazione medica alternativa allegata.

- **SECONDO ADULTO (Operatore di supporto — Docente contiguo o Collaboratore ATA):**

1. Prende il farmaco dal luogo di custodia sicuro e lo porta a chi sta soccorrendo l'alunno.
2. Chiama immediatamente il 118 spiegando la situazione.
3. Contatta subito i genitori.
4. Sposta temporaneamente il resto della classe in un'aula vicina per garantire la sorveglianza e la tranquillità necessarie al soccorso.

PARTE D: AUTORIZZAZIONE FORMALE E DECRETO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Viste le istanze e le certificazioni prodotte dai genitori (Documento 1- Allegato A);
- Vista la disponibilità scritta manifestata dal personale scolastico (Parte B);
- Verificata la regolarità della consegna e della custodia del farmaco (Parte A);

AUTORIZZA

l'attivazione del piano di somministrazione/auto-somministrazione del farmaco per l'alunno/a
_____ e DELEGA il personale sopra indicato all'esecuzione delle
mansioni previste dal protocollo.

Data: _____

Firma del Dirigente Scolastico (Ruberto Vittorio): _____