

Modulo di richiesta/autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;

Il/la sottoscritto/a _____ e il Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitori (o anche) in qualità di Soggetto/i che esercita/no la potestà genitoriale di _____ nato/a _____ il _____ e frequentante nell'anno scolastico 2025/2026 la classe _____ Sez. _____ del plesso _____

CHIEDE/NO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente con la certificazione medica allegata

AUTORIZZANO:

- ☐ Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento
- ☐ Il minore stesso alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato 2.

Si ALLEGA:

- ☐ Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria.
- ☐ Allegato 2, Modulo di attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa all'esigenza di somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;

Nomi e numeri di telefono utili:

- Medico Curante: _____ Indirizzo Via _____ CAP _____ Comune _____ Provincia (____) Telefono _____

- Genitori: Il/la sottoscritto/a _____ e il Il/la sottoscritto/a _____
Indirizzo Via _____
CAP _____ Comune _____ Provincia (____)
Telefono _____.

Li _____ data ____/____/____

Firma

Modulo di attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa all'esigenza di somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;

Al Dirigente Scolastico del _____

Il sottoscritto _____ in qualità di
 _____ iscritto all'Ordine di _____ n.

DICHIARA

Il minore _____ nato/a
 _____ il _____ e frequentante nell'anno scolastico
 2025/2026 codesto Istituto scolastico è affetto da: _____

Pertanto, necessita della:

- ☐ somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- ☐ definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo _____

- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione) _____

- Modalità di conservazione del farmaco _____

- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione) _____

- È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno: SI NO

Disponibilità a fare formazione/informazione al personale scolastico: SI NO

Recapito in caso di emergenza:

Data, _____

timbro e firma del medico

Modulo per verbale di consegna del farmaco da somministrare in orario scolastico;*(da registrare a Protocollo, a cura della Segreteria dell'Istituto)*

AI Dirigente Scolastico del _____

In data _____ alle ore _____ il/la sottoscritto/a _____
_____ in qualità di genitori (o anche) in qualità di Soggetto/i che
esercita/no la potestà genitoriale di _____ nato/a
_____ il _____ e frequentante nell'anno scolastico
2025/2026 la classe _____ Sez. _____ del plesso _____

CONSEGNA

nelle mani dell'Assistente Amministrativo _____
una confezione nuova ed integra del farmaco _____
da somministrare all'alunno/a secondo le modalità certificate dal personale medico nell'Allegato 2,
consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore: _____

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

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

Il Personale Assistente Amministrativo _____

Il Genitore _____

Si allega:

- Copia dell'Allegato 2: Modulo di attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa all'esigenza di somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Modulo per consenso al trattamento dei dati personali e sensibili - D. Lgs. 196/2003 con Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà;

Gentili Genitori,
vi informo che il D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- Il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all'Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Ci si può rivolgere alla scuola per far valere i propri diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione ritenuta opportuna.

Al Dirigente Scolastico del _____

Data _____

Firma dei genitori o da chi esercita la potestà genitoriale:

Firma

Modulo per comunicazione richiesta di somministrazione e verifica disponibilità per la somministrazione farmaci alunni.

Al Coordinatore di Classe
A tutti i docenti Ai Collaboratori Scolastici

OGGETTO: Alunno/a _____ frequentante nell'anno
scolastico 2025/2026 la classe _____ Sez. _____ del plesso
_____ somministrazione farmaco salvavita.

Con la presente, si comunica che la famiglia dell'alunno in oggetto ha consegnato in data _____ la documentazione attestante che: _____

Per opportuna informazione al Personale Docente e Ata del plesso, si trasmette copia di tale documentazione, rilasciata dallo specialista _____, evidenziando di prestare particolare attenzione all'informativa riguardante le modalità d'intervento per la gestione della malattia da parte del personale scolastico in caso di episodi critici, in cui è necessaria la somministrazione del farmaco " _____ " obbligatorio nell'intervento d'urgenza.

I genitori segnalano anche la necessità di aiutare _____ nell'auto-somministrazione _____ in quanto non completamente autonomo.

Tale farmaco, consegnato dal genitore, è stato consegnato a _____ e va conservato nell'armadietto dei medicinali del plesso.

Distinti saluti.

N.B. Apporre firma per ricevuta nell'allegato A, e segnalazione disponibilità intervento, entro il _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Luisa Simanella

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del D.lgs n. 39 del 1993)

Allegato A

Da restituire in segreteria entro il _____

OGGETTO: Alunno/a _____ frequentante nell'anno scolastico 2025/2026 la classe _____ Sez. _____ del plesso _____ somministrazione farmaco salvavita.

Ai Docenti: Scuola di primo Grado/Scuola Primaria/Scuola Infanzia

	Cognome - Nome	FIRMA Per presa visione	FIRMA disponibilità	Formato primo soccorso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Ai Collaboratori Scolastici: Scuola di primo Grado/Scuola Primaria/Scuola Infanzia

	Cognome -Nome	FIRMA Per presa visione	FIRMA disponibilità	Formato primo soccorso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Luisa Simanella

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del D.lgs n. 39 del 1993)