

 Direzione Sanitaria	PA-PES-001 <b>SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA</b>	Rev. n. 1 01/05/2018 Pag. 1 di 7
---	--	--

Redatto	Verificato	Controllato	Approvato
Direttore U.O.C. Promozione ed Educazione alla Salute (dot.ssa Vittoria Doretti) 	Direttore Dip. del Territorio (dot. ssa Maria Teresa Cini)  Dipartimento Emergenza Urgenza Area Critica (dot. Massimo Mando)  Direzione Dipartimento I.O. (dot. Luca Giamberini) 	Servizio AFD Qualità, Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure (dot. Roberto Morea) 	Direttore Sanitario (dot.ssa Simona De...) 

**Gruppo di lavoro:**

Claudia Pagnani (U.O.S. Educazione alla salute)  
 Paola Trapè (Dipartimento Infermieristico e Ostetrico)  
 Silvia Tompilio (Supporto amm.vo STAFF Direzione Sanitaria)

Luogo e modalità di conservazione: STAFF Direzione Sanitaria - Cartaceo	Firma del responsabile
---	------------------------

Revisione senza modifiche <input type="checkbox"/>	Motivo della revisione: integrazione repertorio strutture organizzative aziendali delaz. n° 06 del 01/02/2018 e n° 143 del 14/02/2018
--	---

La diffusione della presente procedura è assicurata mediante pubblicazione nell'intranet aziendale

strutture organizzative alle quali deve essere diffusa:

Dipartimento Territoriale, UO Medicina di Comunità, Dipartimento Professioni Infermieristiche e Ostetriche, Dipartimento Emergenza Urgenza e Area Critica, UOC Promozione ed Etica della salute, UOS Educazione alla Salute.

## SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

La somministrazione di farmaci in orario scolastico riguarda studenti affetti da patologie per le quali è indispensabile, sulla base di specifica certificazione rilasciata dal medico curante, assumere la terapia durante le ore di frequenza scolastica per garantire il diritto allo studio, la salute e il benessere degli studenti che presentano tale necessità.

L'Az. USL Toscana Sud Est, recependo la DGR n° 653/2015 e il successivo Decreto 14574/2016, con una procedura aziendale ha indicato un iter univoco e la modulistica utilizzabile in modo omogeneo su tutto il territorio aziendale rendendo operativi gli strumenti da parte di tutti i soggetti coinvolti: famiglie, scuole, medici, insegnanti e individuando il Responsabile del Network aziendale di Promozione ed Educazione alla Salute, come referente per l'Azienda Asl Toscana Sud Est della autorizzazione alla somministrazione.

L'iter per rilasciare l'autorizzazione alla somministrazione dei farmaci indispensabili e/o salvavita individuata dalla sopra indicata procedura, necessita di un'accurata verifica della corretta compilazione della modulistica (certificato medico/p. terapeutico; richiesta della famiglia alla scuola; verbale consegna farmaco; piano d'intervento personalizzato) soprattutto per accertare che gli insegnanti e/o il personale ATA della scuola abbia dato disponibilità alla somministrazione e che, se indicato dal piano terapeutico (all.1), abbiano la dovuta certificazione di specifica formazione.

La certificazione medica prodotta dai genitori ha validità per l'intero anno scolastico in cui è presentata e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se ciò sia reso necessario da variazioni della patologia o delle modalità di somministrazione

*Modulistica per il medico - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Certificazione, attestazione, FT - Dicembre 2016*

*Allegato 1*

### CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO (art. 1 della Delibrazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 633)

**SI CERTIFICA**

ell' alumno/a ..... nato/a a .....

residente in .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

oluta necessità per il/la predetto/a alumno/a della somministrazione del ..... con riferimento ai tempi entro i quali deve ..... minministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di .....

ile;

la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di ..... l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, ..... l'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in ..... alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del .....

**SI ATTESTA**

essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico ..... e scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, ..... lo, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

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

ore dell' alumno/a (oppure)  all' alumno/a di cui sopra su sua richiesta.

In fede  
Timbro e Firma del Medico

.....

**Allegato 1**

*Modulistica per il medico - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Certificazione, attestazione, FT - Dicembre 2016*

### PIANO TERAPEUTICO (art. 1 della Delibrazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 633)

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' alumno/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 ..... .....

**firma del medico che prescrive il farmaco**

**VA SEMPRE  
COMPILATA**

## Allegato 2

Modulistica per la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Richiesta alla scuola - dicembre 2016

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO** Allegato 2  
 (art. 1 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 25 maggio 2015, n. 653)  
 Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
 Indirizzo .....

In 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 Attestazioni e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ...../del 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, 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, se così disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsiasi 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 medicina generale

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

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiche, 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).

firma del genitore

## Allegato 3

Modulistica per la scuola e la famiglia - Somministrazione di farmaci in orario scolastico - Consegna farmaco - dicembre 2016

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO** Allegato 3  
 Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto  
 Al genitore dell'alunno/all'alunno

**Oggetto:** Verbale di consegna di farmaco salvavita/irridispensabile 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 prof. .... 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 .....

firma del genitore e dell'incaricato della scuola che ritira il farmaco

**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)**  
(art. 2 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

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 USL \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Piano di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione de/VI farmaci/oli 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 ..... localita' .....
- 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 necessita' 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, ne' l' esercizio di discrezionalita' tecnica da parte dell' adulto somministratore, ne' in relazione all' individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, ne' in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalita' 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 all' a/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l' alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonche' la disponibilita' di locali idonei alla conservazione de/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.

**Allegato 4**

**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 .....
- 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 (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, reso/i 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 (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 piu' 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)

**firma del genitore**

**firma del dirigente scolastico**

**firma del medico Az. Usl Toscana Sud Est**



Modello per la famiglia - Somministrazione di farmaci in ambito scolastico - Richiesta alla scuola elementare 2018

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI** Allegato 2  
NELLO SCHEMA DI INDIRIZZO SCOLASTICO

Al Dirigente scolastico dell'Istituto

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
 Comune della residenza \_\_\_\_\_ (oppure)  Esattore la persona portatrice della richiesta vive a \_\_\_\_\_ e risiede a \_\_\_\_\_  
 in Via \_\_\_\_\_ che dipende da classe \_\_\_\_\_ del Istituto \_\_\_\_\_ sito in Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
 Località \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Il genitore del/le figlio/i che il/le presente/i somministra il/le farmaco/i con la presente si impegna a fornire assistenza e sorveglianza medica con l'Assistente a Piano Terapeutico designato dal Servizio di Pedagogia dell'Azienda USL \_\_\_\_\_ nel/le data \_\_\_\_\_

**ESERCIZIO**

richiede per conto dell'altro genitore e dell'esercente la presente portatrice (bambini scolarizzati) \_\_\_\_\_  
 che si vuole firmare il suo stesso stato consensuale in merito somministrare i farmaci prescritti dal Piano terapeutico (oppure) \_\_\_\_\_  
 che non si firma in qualità di genitore e si offre l'atto consensuale del farmaco da somministrare al personale sanitario incaricato dell'assistenza, in merito somministrare dai farmaci prescritti dal Piano terapeutico

Modello per il medico - Somministrazione di farmaci in ambito scolastico - Certificazione attestante FF - Dicembre 2018

**PIANO TERAPEUTICO**  
(art. 1 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 23 maggio 2015, n. 673)

Alunno o Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:  
 Orario e dose da somministrare \_\_\_\_\_  
 Motivo (in caso di somministrazione o Pasto (prima, dopo) \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_  
 Posizionamento \_\_\_\_\_  
 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 del farmaco \_\_\_\_\_  
 Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
 Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
 Specifici dell'Alunno a cui effettuare il suo-somministrare del farmaco \_\_\_\_\_  
 Sì \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

Necessità di forniture specifiche da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione \_\_\_\_\_  
 Sì \_\_\_\_\_  
 No \_\_\_\_\_

Note per la formazione specifico del personale scolastico da parte della Azienda USL \_\_\_\_\_

Modello per la scuola in famiglia - Somministrazione di farmaci in ambito scolastico - Consegna farmaco - Dicembre 2018

**VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO** Allegato 2  
Al fascicolo personale dell'Alunno di cui in oggetto Al genitore dell'Alunno all'Alunno

Oggetto: **Modello di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'Alunno**  
 (in osservanza del Protocollo personale del farmaco e in data di consegna e gestione e alla scuola, in maggioranza)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ del sig. sig. sig. \_\_\_\_\_  
 (oppure la voce che corrisponde) \_\_\_\_\_  
 genitore dell'Alunno \_\_\_\_\_  
 (oppure)  esercente la potestà genitoriale dell'Alunno \_\_\_\_\_  
 (oppure in caso di Alunno maggiorenne) \_\_\_\_\_

l'Alunno \_\_\_\_\_  
 nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
 iscritto alla classe \_\_\_\_\_ del/Istituto \_\_\_\_\_ individuato sul Piano di consegna Alunno, sig. sig. sig. \_\_\_\_\_  
 con la seguente prescrizione: \_\_\_\_\_  
 Servizio di pediatria della Azienda USL \_\_\_\_\_  
 medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_  
 medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_

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

Il genitore l'esercente la potestà genitoriale lo studente si impegna a curare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra al inizio dell'anno scolastico successivo, in mancanza di consegna integrale e riferire la scuola di una nuova condizione insegna, ogni qual volta il medicinale non somministrato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Lungo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_  
 Firma del genitore della studente \_\_\_\_\_

Modello per la Scuola e l'Azienda USL - Somministrazione di farmaci in ambito scolastico - FF 4 settembre 2018

**PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)**  
(art. 2 della Deliberazione Giunta Regionale Toscana 23 maggio 2015, n. 673)

Prof. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Allo Famiglia dell'Alunno \_\_\_\_\_  
 Al/Alunna \_\_\_\_\_  
 Al Personale incaricato per la somministrazione del farmaco \_\_\_\_\_  
 Agli Insegnanti della classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_  
 Al Fascicolo personale dell'Alunno scolarizzato \_\_\_\_\_  
 Alla Azienda USL \_\_\_\_\_

Oggetto: **Piano di Intervento Personalizzato per la somministrazione dei Farmaci in ambito scolastico all'Alunno**

Il sottoscritto Dirigente scolastico \_\_\_\_\_ e il Referente per l'Alunno USL \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

• Vista la richiesta di somministrazione con somministrazione presente dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'Alunno (oppure dell'Alunno, in caso di studente maggiorenne) \_\_\_\_\_  
 in caso di Alunno maggiorenne \_\_\_\_\_  
 in caso di Alunno minore \_\_\_\_\_

• Vista la certificazione medica con prescrizione e Piano terapeutico rilasciato dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL \_\_\_\_\_ del/le data \_\_\_\_\_  
 della quale per il fascicolo personale della somministrazione in ambito scolastico si tratta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) \_\_\_\_\_ di parte di personale medico non incaricato in quanto opera nel ambito del proprio o di gestione somministratore, in un momento di emergenza o di emergenza medica in parte dell'altro somministratore, in un momento di emergenza degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, ed in mancanza di tempo, del genitore e del medico la somministrazione e di conservazione del farmaco.

• Vista la prescrizione di farmaco \_\_\_\_\_  
 salvavita \_\_\_\_\_  
 (Oppure) \_\_\_\_\_  
 indispensabile \_\_\_\_\_

• Conoscenza la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, circoscrivendo il proprio orario di servizio, il farmaco al/la portatore/Alunna (oppure al/la tutore e Alunna e sulla somministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del farmaco e da somministrare.

• Vista gli avvenimenti di formazione del personale scolastico individuato per la somministrazione circoscrivendo l'Azienda USL nella quale indicare nella tabella sottostante.

Modello per la Scuola e l'Azienda USL - Somministrazione di farmaci in ambito scolastico - FF 4 settembre 2018

**DECONGNO**

• Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dall'esercente la potestà genitoriale (oppure dell'Alunno, in caso di Alunno maggiorenne) al responsabile incaricato sig. sig. sig. \_\_\_\_\_

• Che il farmaco venga consegnato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale: \_\_\_\_\_

• Che il farmaco venga somministrato da scolarizzato a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dell'Alunno) che viene reso idoneo del fatto che il farmaco eventualmente scolarizzato non sarà somministrato.

• Che venga attuato le seguenti iniziative e tenuto dalla parte dell'Alunno (specificare ad esempio l'informazione data agli studenti, presso la scuola, presso il locale dove verrà effettuata la somministrazione o il ricorso l'Alunno all'auto-somministrazione, ecc.) \_\_\_\_\_

• Che il farmaco possa essere somministrato in ambito scolastico dal personale scolastico, essere volontariamente disponibile per la somministrazione e salvaguardare Somario, individuato dal Dirigente scolastico \_\_\_\_\_

COGNOME & NOIE	Tipi di personale	FIRMA (leggiibile) del personale scolastico	Orario dell'intervento di somministrazione (ore)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_ L' Azienda USL \_\_\_\_\_  
 Prof. \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_  
 Firma \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure Alunno, in caso di Alunno maggiorenne) \_\_\_\_\_  
 Vista le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e della Azienda USL \_\_\_\_\_ con la presente \_\_\_\_\_  
 accetta il consenso alla somministrazione del farmaco in ambito 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 (in maggioranza) \_\_\_\_\_

debitamente compilati e firmati inviare  
 a  
[eas@uslsudest.toscana.it](mailto:eas@uslsudest.toscana.it)