

# PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

Delibera del Collegio dei Docenti n°35 del 4 marzo 2022e approvato dal Consiglio d'Istituto in data 13/08/2022 con delibera n. 22

## PREMESSA

Il presente protocollo è finalizzato a regolamentare la somministrazione di farmaci nella scuola dell'infanzia, primaria, secondaria di I grado dell'Istituto, al fine di garantire a tutti gli studenti che necessitano di somministrazioni di farmaci di ricevere un'appropriata assistenza, evitare incongrue somministrazioni di farmaci e favorire la progressiva autonomia del minore nella gestione della propria patologia.

La somministrazione di farmaci in orario scolastico può rappresentare un elemento discriminante la salute ed il benessere dell'allievo all'interno della scuola e al fine di tutelarne il diritto allo studio, sono necessari interventi finalizzati che fanno riferimento alle normative vigenti(*Raccomandazioni del 2005 e la C.M. n. 321 del 2017 "Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci indispensabili"*).

**Tipologia degli interventi** – La somministrazione dei farmaci a scuola deve avvenire considerando che:

- il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci 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;
- tale attività di soccorso rientra in un protocollo terapeutico stabilito da sanitari della ASL, la cui omissione può causare gravi danni alla persona;
- la prestazione del soccorso viene supportata da specifica "formazione in situazione" riguardantisingole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza;
- nei casi in cui il soccorso e l'assistenza debbano essere prestate da personale in possesso di cognizioni specialistiche o sia necessario esercitare discrezionalità tecniche, la ASL individuerà le modalità atte a garantire l'assistenza sanitaria qualificata durante l'orario scolastico.

## Soggetti coinvolti

Ciascuno dei soggetti che partecipa alla realizzazione del percorso individuale d'intervento vi concorre in relazione alle rispettive competenze e responsabilità, in particolare:

- Famiglia e/o di chi ne fa le veci dell'alunno richiedente la somministrazione del farmaco
- Medico di base, o Azienda Sanitaria Locale
- Dirigente scolastico
- Personale scolastico: personale docente e ATA, assistenza specialistica
- Enti locali

## Modalità di intervento

### La famiglia

- Richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione del farmaco indicato dal medico curante, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, o da parte dei genitori stessi o loro delegati;

- Fornisce la certificazione dello stato di malattia ed il relativo Piano Terapeutico redatti dal Medico che ha in cura l'alunno/a, allegando eventuale documentazione integrativa utile(ad es.: prospetti per utilizzazioni/conservazione del farmaco...);
- Autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione del farmaco eseguita nel rispetto delle modalità indicate nel piano terapeutico;
- Fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci(tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità dei prodotti in uso) indicati dal medico curante ed eventuali presidi, provvedendo al loro approvvigionamento. Il farmaco sarà conservato a scuola, in un luogo individuato idoneo e sicuro per la durata dell'anno scolastico;
- Comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura;
- Fornisce disponibilità e recapiti per essere contattata in caso di necessità/consulenza;
- Autorizza l'eventuale auto-somministrazione del farmaco da parte del proprio figlio;
- Consegna all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste;
- Ritira alla fine dell'anno scolastico i farmaci non assunti;
- In caso di trasferimento o passaggio del figlio /studente ad altra scuola/struttura educativa o ad altro comune /provincia, informa il dirigente scolastico/responsabile della struttura ricevente fornendo la documentazione necessaria.

#### **Medico di Medicina MMG/Pediatra di Libera Scelta PLS/Medico Specialista MS**

- Rilascia il certificato/prescrizione in cui si esplicita in modo chiaramente leggibile:
  - nome e cognome dello studente;
  - nome commerciale del farmaco;
  - lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere(specificando se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile);
  - la modalità e tempi di somministrazione, la posologia.
  - la modalità di conservazione del farmaco;
  - l'evento che richiede la somministrazione del farmaco( con attivazione della formazione in situazione in casi specifici);
  - le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore.

I criteri a cui si atterrà il medico prescrittore sono:

- assoluta necessità;
- somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- la somministrazione del farmaco non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che somministra il farmaco relativamente ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
- la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie.

## Dirigente Scolastico

a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci, acquisita la certificazione del medico:

- effettua una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli alunni o a personale sanitario qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica);
- autorizza, se prevista e certificata, l'**Autosomministrazione** del farmaco\*;
- fornisce alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo protocollo;
- richiede alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercitanti la potestà genitoriale o loro delegati. Gli operatori scolastici sono individuati, in primis, tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n.626/94;
- organizza momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato;
- promuove il monitoraggio di eventuali situazioni critiche che dovessero presentarsi in tale ambito attraverso l'adozione di un apposito registro in cui dovranno essere riportate per ogni evento critico rilevato: la patologia -il farmaco somministrato -la tipologia di situazione critica intervenuta -le azioni intraprese; tale registro sarà trasmesso annualmente all'Ufficio Scolastico Regionale entro il 31 gennaio dell'anno successivo;
- qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente Scolastico può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio (Aziende Sanitarie Locali), con i quali stipulare accordi e convenzioni;
- nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il Dirigente Scolastico può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso ad Enti ed Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana, Unità Mobili di Strada);
- in difetto delle condizioni sopradescritte, il Dirigente Scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercitanti la potestà genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

### \*Autosomministrazione

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere l'**autosomministrazione**.

Per poter soddisfare questa esigenza l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre a tutti i punti per la somministrazione dei farmaci a scuola” anche la dicitura che: *“Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola”*.

La stessa dicitura dovrà essere indicata anche nella richiesta che i genitori presenteranno al Dirigente Scolastico.

Resta invariata la procedura: il Dirigente Scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e le insegnanti provvedono a stilare il verbale di consegna farmaco da parte dei genitori alla

scuola, anche in questi documenti andrà specificato che: *“Il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola”*.

**Gestione delle emergenze** - Resta prescritto in ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso(118) nei casi in cui si ravvisi l’inadeguatezza dei provvedimenti programmabili secondo le presenti linee guida ai casi concreti presentati, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

### **Personale scolastico**

Il Personale Scolastico(docente e ATA) resosi disponibile per la somministrazione del farmaco:

- collabora ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente;
- partecipa alle attività d’informazione /formazione/aggiornamento congiunta con personale specializzato;
- provvede alla somministrazione del farmaco, secondo le indicazioni precisate nella prescrizione/certificazione;
- Ricorre al Servizio Sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

### **Somministrazione durante le attività didattiche esterne all’edificio scolastico**

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell’edificio scolastico, in mancanza di personale disponibile, lo studente potrà partecipare solo se accompagnato da un genitore.

## **PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA**

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare nei casi come da certificazione medica già consegnata in segreteria.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qualvolta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione.

**Nel caso dovesse presentarsi l'evento indicato in certificazione medica il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:**

### **Comportamenti del personale**

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione.

È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

**una persona** per i contatti telefonici:

- chiama i genitori;
- informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute;

**una persona** per la somministrazione:

- accudisce lo studente;
- somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l’ apposito protocollo sanitario.

**1. Orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:**

- a. l'insegnante di classe soccorre lo studente e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato
- b. il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta gli studenti in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c. l'insegnante che sta soccorrendo l'alunno somministra il farmaco
- d. il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

**2. Orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:**

- a. l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre lo studente
- b. il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri alunni in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- c. l'insegnante sta soccorrendo l'alunno e somministra il farmaco
- d. il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti **insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata** che, al momento dell'entrata in servizio, **dovranno essere informati del presente piano di intervento.**

Fanno parte integrante del presente Protocollo:

**Allegato 1**

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 2**

Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione /autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 3**

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

**Allegato 4**

Designazione del personale scolastico autorizzato alla somministrazione di farmaci in orario scolastico

**Allegato 5**

Disponibilità/non disponibilità a somministrare i farmaci



# PIANO TERAPEUTICO

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'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- Sì
- No

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

- Sì  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

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....  
Indirizzo .....

Io 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 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 /a me stesso **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 sollevi 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.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

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 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 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)

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 del/i farmaco/i 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 ..... localit  localit  .....

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 necessit  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, n  l'esercizio di discrezionalit  tecnica da parte dell'adulto somministratore, n  in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, n  in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalit  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, nonch  la disponibilit  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 (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, 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 (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 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 (se maggiorenne)

\_\_\_\_\_

**ALLEGATO 5**

Spett.le ASL \_\_\_\_\_

Sede

***Oggetto: Formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco***

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, cordialità.

**Il Dirigente Scolastico**