

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO
TERAPEUTICO**

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a
....., in data .../.../..... residente in
.....

Codice Fiscale

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

e

- Considerato l'assoluta necessità per il/lapredetto/aalunno/adellasmministrazione del farmaco, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeuticoallegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi difarmaco:

salvavita

(Oppure)

indispensabile;

- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adultosomministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

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

Si rilascia al genitore dell'alunno/a (oppure) all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data...../...../.....

.....

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome..... Nome.....

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

.....

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario ed esodo da somministrare o Mattina (h.....) dose da somministrare o Pasto (prima, dopo) dose
o Pomeriggio (h.) dose

• Modalità di somministrazione del farmaco

• Modalità di conservazione del farmaco

• Durata della terapia: dal/...../..... al...../...../.....

A.2) Necessita 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 FARMACI 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) 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 ASL ... /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 **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, restando 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 ed 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:

	famigli	pediatra di libera scelta/ medico di medicina generale

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 inoggetto

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 _____

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 località
.....;

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 necessità 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, né l'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 e alle modalità di
somministrazione e di conservazione del farmaco;

Vista la tipologia di farmaco (barrare la voce che
corrisponde)

salvavita

(Oppure)

indispensabile

Constata 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, nonché la disponibilità 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 ASL _____

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

Ministero della Pubblica Istruzione



CEIC86700D

Ambito Campania 0007
DR Campania – ambito CE-7
Distretto di appartenenza 014



ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D.
Scuola ad indirizzo musicale
Uffici amministrativi :Viale Italia n.52/54
CAP 81020- San Nicola la Strada- (CE)
Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it
Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it
Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax.
0823.458147
Plesso“ N.Green“ Tel.0823.422239
Plesso Via Milano Tel. 0823 457980
Codice fiscale 93081990611
www.iccapolddsannicolalastrada.edu.it



Ver 1 01/01/2021



We prepare for



ALLEGATO 5A

DOCENTI /ATA

OGGETTO: “Disponibilità del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco”

Vista la possibilità di richieste dei genitori per alunni che necessitano di somministrazione di farmaci INDISPENSABILI O SALVAVITA in orario scolastico

Considerato che l'eventuale certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta saranno resi visibili presso l'ufficio agli interessati resisi disponibili

Considerato che il livello di formazione richiesto non è di tipo sanitario e non è richiesta discrezionalità per tali somministrazioni

La DS chiede la manifestazione di disponibilità personale tramite il modulo allegato per dare seguito all'organizzazione di quanto necessario .

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DOTT.SSA PATRIZIA MEROLA

Ministero della Pubblica Istruzione



CEIC86700D

Ambito Campania 0007
DR Campania – ambito CE-7
Distretto di appartenenza 014



ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D.

Scuola ad indirizzo musicale

Uffici amministrativi :Viale Italia n.52/54
CAP 81020- San Nicola la Strada- (CE)
Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it
Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it
Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax.
0823.458147

Plesso“ N.Green“ Tel.0823.422239
Plesso Via Milano Tel. 0823 457980
Codice fiscale 93081990611

www.iccapolddsannicolastrada.edu.it



Ver 1 01/01/2021



We prepare for

Cambridge
English Qualifications



ALLEGATO 5B

“Disponibilità del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco”

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto/a

Docente/collaboratore scolastico/ presso la Scuola

Preso atto della Circolare interna n del

DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITA’

s u B A S E V O L O N T A R I A

E IN VIRTU’ DI UN RAPPORTO FIDUCIARIO CON LA FAMIGLIA

alla somministrazione del farmaco salvavita

all’alunno/a:

secondo le indicazioni previste dal PIANO DAL PIP E DALLA DOCUMENTAZIONE
AGLI ATTI. DELLA SCUOLA

DICHIARA, INOLTRE, CHE

1. segnalerà alla famiglia/alla direzione/ ogni problema che dovesse insorgere nel corso della terapia;
2. e’ a conoscenza delle modalita’ stabilite per la somministrazione e che si atterra’ ad esse scrupolosamente
3. qualora verifichi l’insorgenza di situazioni diverse da quelle descritte nei documenti e reputi insufficiente l’ordinario intervento di somministrazione allarmera’ immediatamente il 118 e, in ordine la famiglia e la ds

Firma

data

<p>Ministero della Pubblica Istruzione</p>  <p>CEIC86700D Ambito Campania 0007 DR Campania – ambito CE-7 Distretto di appartenenza 014</p>  	<p>ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D. Scuola ad indirizzo musicale Uffici amministrativi :Viale Italia n.52/54 CAP 81020- San Nicola la Strada- (CE) Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax. 0823.458147 Plesso“ N.Green“ Tel.0823.422239 Plesso Via Milano Tel. 0823 457980 Codice fiscale 93081990611 www.iccapolddsannicolastrada.edu.it</p> 	<p>Ver 1 01/01/2021</p>  <p>We prepare for Cambridge English Qualifications™</p> 
---	---	---

ALLEGATO 6

ASL

OGGETTO: “FORMAZIONE DEL Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del farmaco”

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.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

DOTT.SSA PATRIZIA MEROLA

In attesa di un vostro cortese riscontro ,porgo distinti saluti .
Cordialità.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA
PATRIZIA MEROLA

Ministero della Pubblica Istruzione



CEIC86700D

Ambito Campania 0007
DR Campania – ambito CE-7
Distretto di appartenenza 014



ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D.

Scuola ad indirizzo musicale

Uffici amministrativi : Viale Italia n.52/54

CAP 81020- San Nicola la Strada- (CE)

Posta cert.: ceic86700d@pec. Istruzione .it

Posta non cert.: ceic86700d@istruzione.it

Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax.

0823.458147

Plesso “ N.Green “ Tel.0823.422239

Plesso Via Milano Tel. 0823 457980

Codice fiscale 93081990611

www.iccapolddsannicolalastrada.edu.it



Ver 1 01/01/2021



We prepare for

Cambridge

English Qualifications™



Allegato n. 7

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI alla privacy e all'autosomministrazione

Al Dirigente Scolastico

Il / la sottoscritto/a genitore/tutore _____

dell'alunno/a frequentante la _____

Scuola _____

→ Infanzia di _____

sezione

→ Primaria di _____

classe

→ Secondaria di _____

classe

AUTORIZZA

che il/la proprio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologia e provveda alla conservazione in totale autonomia e responsabilità del farmaco nel proprio zaino/astuccio.

al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del d.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

all'informazione / non informazione degli studenti della classe sulla particolare necessità di cura del compagno

all'uscita dalla classe per la somministrazione in locale adeguato alla privacy individuato nel _____

La famiglia dichiara di essere a conoscenza che l'organizzazione complessiva può essere limitata in particolari e straordinari tempi dalla possibile assenza del personale dichiaratosi disponibile e quindi incaricato della somministrazione : al verificarsi di tali evenienze la famiglia si assume l'onere per procedere alla soluzione contingente di somministrazione .

FIRMA DEL GENITORE _____

Il Dirigente scolastico
VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI AUTORIZZA
L'AUTOSOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO