



Unione Europea



Repubblica Italiana



Regione Siciliana



Istituto Comprensivo "S.G. Bosco -Sturzo"

a indirizzo musicale

Via B. Croce, 1 – 95033 Biancavilla (CT)

Tel./fax. 095686340

E-mail: CTIC8BF00D@istruzione.it

Pec: CTIC8BF00D@pec.istruzione.it



Cod. Fisc. 93253650878

Cod. Mecc. CTIC8BF00D

PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Ai genitori degli alunni interessati

A tutto il personale Docente e Ata

E p.c.

al D.S.G.A.

al R.L.S.

Al R.S.P.P.

Agli Atti

I.C. "S.G. BOSCO-STURZO" BIANCAVILLA
Prot. 0000449 del 12/09/2024
IV (Uscita)

OGGETTO: PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AGLI ALUNNI

- Viste la Raccomandazioni Internazionali del 25 novembre 2005
https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2005/allegati/linee_guida_farmaci.pdf
- Vista la Circolare Ministeriale n. 321 del 10.01.2017 del Ministero dell'Istruzione

SI DETERMINA

IL PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

di seguito indicato, completo della modulistica

Si comunica ai genitori che devono presentare la documentazione necessaria alla somministrazione dei farmaci in segreteria il prima possibile, informandone altresì la Dirigente per email al seguente indirizzo ctic8bf00d@istruzione.it e si informano gli insegnanti che, per la delicatezza della materia e le responsabilità civili e penali connesse, devono sensibilizzare le famiglie a seguire le disposizioni in merito.

Cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico

Concettina Rita Drago

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI NELLA SCUOLA

Si fa riferimento alle Linee guida emanate dai Ministeri dell'istruzione e della Sanità il 25/11/2005, alla cui lettura completa si rimanda per la loro applicazione.

Non si prevede in generale la somministrazione di farmaci presso le scuole.

In alcuni casi eccezionali, però, la frequenza scolastica può essere possibile solo se l'alunno può assumere un farmaco nelle ore di scuola.

In questi casi, qualora la somministrazione del farmaco non presenti particolari difficoltà, la disponibilità del personale della scuola a farsi carico della somministrazione può risolvere il problema.

E' comunque utile fare riferimento al presente protocollo di cui si richiamano i punti operativi essenziali:

- **Regola generale: è vietata la somministrazione di farmaci, fatti salvi due casi particolari sotto descritti e sempre su formale autorizzazione del Dirigente Scolastico.**
- **L'insegnante che riceve una richiesta in tal senso da un genitore deve indirizzare il richiedente dalla Dirigente Scolastica.**

Caso 1: somministrazione di farmaci INDISPENSABILI per terapia

Tale problematica è da inquadrare in una logica di assistenza agli alunni al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute e il benessere.

- La famiglia fa richiesta al Dirigente Scolastico accompagnata da prescrizione medica specifica, con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).
- Si concordano con la famiglia orari e modalità (compreso luogo di conservazione e di somministrazione) in cui un familiare o suo delegato possa recarsi presso la scuola.
- Qualora sia impossibile a un genitore o suo delegato recarsi a scuola, il Dirigente Scolastico verifica se tra il personale vi sia qualcuno disponibile e con opportuna e adeguata formazione certificata dai servizi sanitari territoriali.
- Qualora nessun insegnante sia disponibile o non vi siano persone formate, il Dirigente Scolastico potrà interessare i servizi sanitari territoriali. Se anche questi non fossero disponibili, il Dirigente Scolastico ne dà comunicazione formale e motivata ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno.
- L'insegnante che ha aderito alla richiesta, registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia).

Caso 2: ricorso a farmaci SALVA-VITA in situazioni di emergenza

Tale problematica è da inquadrare in una logica di gestione dell'emergenza come prevista dal TUS 81/08 e normative correlate.

- La famiglia segnala al Dirigente Scolastico le eventuali situazioni in cui l'alunno necessita della somministrazione immediata di farmaci salva-vita. La richiesta è accompagnata da prescrizione medica specifica, con nome dell'alunno, nome del farmaco, posologia ed eventuali modalità di conservazione se sono necessarie procedure particolari (ad esempio conservazione a bassa temperatura, ecc.).
- Considerato che spetta al datore di lavoro individuare gli addetti all'emergenza e che il lavoratore incaricato non può rifiutare la nomina, se non per grave e giustificato motivo, la somministrazione del farmaco salva-vita è obbligatoria e rientra nelle competenze relative alla gestione dell'emergenza.
- Chi avesse validi e documentati motivi per rifiutare tale incarico lo deve segnalare per iscritto al Dirigente Scolastico motivandone le ragioni
- L'insegnante che ha effettuato la somministrazione del farmaco salvavita registra puntualmente le somministrazioni effettuate (giorno, ora e posologia) e ne dà segnalazione al Dirigente Scolastico e alla famiglia.

NOTA: L'iter sopra descritto contempla forzatamente il trattamento di dati sensibili. Per tale ragione deve essere effettuato con la dovuta riservatezza e con le procedure formali necessarie.

ITER PROCEDURALE SOMMINISTRAZIONE FARMACI

1. Per attivare la procedura che autorizza la somministrazione dei farmaci salvavita e/o indispensabile durante l'orario scolastico, i genitori dell'alunno/a provvederanno a far pervenire al Dirigente Scolastico formale

richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (**ALL. A**), certificazione/autorizzazione medica (**ALL. B e C** da compilare in modo chiaro e leggibile).

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASP e la famiglia, è possibile prevedere l'AUTO-SOMMINISTRAZIONE. 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 (**ALL. H**), da consegnare insieme alla richiesta sottoscritta da entrambi i genitori, come da allegato modulo (**ALL. A**) e alla certificazione/autorizzazione medica (**ALL. B e C** da compilare in modo chiaro e leggibile). Resta invariata la seguente procedura: il Dirigente scolastico predispose l'autorizzazione con il relativo piano di intervento e il personale autorizzato provvede 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”.

2. Ricevuta la documentazione, precedentemente elencata, il Dirigente Scolastico predisporrà l'autorizzazione per somministrazione dei farmaci (**ALL. D**) e:
 - a) Nel caso di farmaci **INDISPENSABILI** chiederà al personale scolastico la disponibilità alla somministrazione e, dunque, la compilazione dell'**ALL. L**.
 - b) Nel caso di farmaci **SALVAVITA** convocherà i genitori e il personale scolastico autorizzato per stilare il **PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA (ALL. G ed I)**. Si ricorda che per la somministrazione dei farmaci salvavita spetta al datore di lavoro individuare gli addetti all'emergenza e che il lavoratore incaricato non può rifiutare la nomina, se non per grave e giustificato motivo, la somministrazione del farmaco salva-vita è obbligatoria e rientra nelle competenze relative alla gestione dell'emergenza.
3. Il personale scolastico autorizzato, ricevuta l'autorizzazione e l'eventuale piano di azione, dovrà:
 - a) compilare insieme ai genitori il verbale di consegna del farmaco (**ALL. E**) e il verbale di conservazione del farmaco (**ALL. F**);
 - b) registrare puntualmente le somministrazioni effettuate di tutti i farmaci (**ALL. N**).

Le persone incaricate della somministrazione del farmaco dovranno attenersi strettamente alle indicazioni del medico per quanto riguarda gli eventi in cui occorra somministrare il farmaco, i tempi di somministrazione, la posologia, la modalità di somministrazione e conservazione del farmaco stesso.

IMPORTANTE:

- La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico e in corso dello stesso, se necessario.
- A fine anno scolastico dovrà essere compilato un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori (**ALL. M**).

Il Dirigente Scolastico
Concettina Rita Drago

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n. 39/93

(ALLEGATO A)

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA

(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti genitori/tutori
di nato a il.....
Residente a in via n.
frequentante la classe sez..... plesso della Scuola
sita a Via n essendo il minore affetto
da e constatata l'assoluta necessità, con la presente

- Consapevole/i 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 /..... / .. ;

chiedono che

nel caso in cui si presentasse l'urgenza/emergenza sanitaria relativa alla patologia (segnare una sola casella)

- di poter accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/a figlio/a
- 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

Esprime il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico in attesa dell'intervento degli operatori del 118 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.

Numeri di telefono utili	Genitori (cell/abitazione)	Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale (cell/studio)	Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento Tel:

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03 e all'art. 13 GDPR 679/16.

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.

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante la terapia farmacologica necessaria.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

PIANO TERAPEUTICO (ALLEGATO C)

(a cura del Pediatra; dopo la compilazione consegnare al Dirigente Scolastico)

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile
Principio attivo del farmaco

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose 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) 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

Principio attivo 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
.....

In fede

Luogo

Timbro e Firma del Medico

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

.....

(ALLEGATO D)

AUTORIZZAZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

(a cura dei genitori; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Alla Squadra di Primo Soccorso
Al Personale Docente

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaci **salvavita e/o indispensabile**

All'alunno/a frequentante la classe plesso
..... scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto, dal/i

Sig.....

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare all'alunno/a nella dose di come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto*
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione**
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno/a, dopo aver verificato nome, scadenza, dose e orario di somministrazione del farmaco con quanto riportato nella certificazione medica allegata, da***

Se trattasi di farmaco salvavita, il personale incaricato si atterrà al PIANO DI AZIONE (ALL. G)

Luogo Data

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il personale incaricato

(firma)

- ❖ Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto *
- ❖ Indicare il luogo della custodia. **
- ❖ Indicare il nominativo del personale incaricato ***

(ALLEGATO E)

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al genitore dell'alunno/all'alunno

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

(a cura del genitore; da consegnare al Dirigente Scolastico)

Oggetto: Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a _____

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/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 si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico o al termine del periodo di somministrazione 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/esercente la potestà genitoriale _____

(ALLEGATO F)

VERBALE PER LA CONSERVAZIONE DEL FARMACO SALVAVITA E/O INDISPENSABILE

In data _____ alle ore _____ il personale autorizzato, in servizio presso la Scuola Sec. di I grado "L. Sturzo", prende in consegna il medicinale _____

(vedasi verbale consegna farmaco salvavita e/o indispensabile **ALL. E**)

da somministrare all'alunno/a __ classe _____ e lo conserva nel luogo concordato dalle parti interessate, ovvero _____

Copia della certificazione medica, allegata alla presente (**ALL. C**), verrà spillata alla confezione del farmaco con il nome e cognome dell'alunno/a

Luogo e data _____

I genitori

Il personale autorizzato
..... ..

Il/I genitore/i _____ dell'alunno/a

_____, nel ribadire che sarà loro cura procedere a sostituzione del farmaco in caso di scadenza e/o di nuova prescrizione, dichiarano che la conservazione di esso è conforme alle indicazioni fornite dal personale sanitario che ne ha prescritto la somministrazione in caso di emergenza, CONSAPEVOLI che essa potrà avvenire da parte di PERSONALE SCOLASTICO NON IN POSSESSO DEI REQUISITI PROFESSIONALI

Luogo e data _____

FIRMA/E DEL/I GENITORE/I

.....

(ALLEGATO G)

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale da somministrare in caso di

(indicare l'evento) come da certificazione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale). Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (indicare il luogo dove sarà conservato)

Nel caso al bambino/a dovesse presentarsi l'evento predetto, il personale della scuola, mantenendo la dovuta calma, attuerà il seguente piano di azione:

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

- a. l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico
- b. il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, dopo avere verificato la corrispondenza del nome dell'alunno/a sulla confezione e sul certificato
- c. l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco dopo aver verificato nome, scadenza e dose di somministrazione del farmaco con quanto riportato nella certificazione medica allegata ed il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori
- d. il collaboratore riunisce e porta i bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza

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

- a. l'insegnante di classe chiama i collaboratori scolastici e soccorre il/la bambino/a
- b. un collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, dopo avere verificato la corrispondenza del nome dell'alunno/a sulla confezione e sul certificato, consegna il medicinale all'insegnante, chiama il 118 e i genitori
- c. l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco
- d. il secondo collaboratore scolastico porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza.

3. Orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità e un solo collaboratore scolastico di turno:

- a. un insegnante soccorre il/la bambino/a
- b. l'altro insegnante chiama il collaboratore scolastico, poi chiama il 118 e i genitori
- c. il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, dopo avere verificato la corrispondenza del nome dell'alunno/a sulla confezione e sul certificato consegna il medicinale all'insegnante poi riunisce i bambini, e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza
- d. l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

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 dai docenti Responsabili di plesso o collaboratori del Dirigente scolastico.

L'eventuale presenza dei genitori, sopraggiunti nel frattempo, esonera il personale scolastico dal prosieguo del proprio intervento.

Luogo e data _____

Per avvenuta condivisione del presente protocollo:

Il Dirigente Scolastico o suo Delegato

I/Il Genitori/e o l'esercente la patria potestà

.....

.....

Il personale autorizzato

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

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

I sottoscritti genitori
di nato a il residente
a in via frequentante la
classe della Scuola sita a in Via.....
Essendo il minore affetto da e constatata l'assoluta necessità,
chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza
del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data.....
dal dott.....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e
penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento deidati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati
sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

DICHIARAZIONI PERSONALI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Il/i sottoscritto/i _____ Genitore/i Tutore dell'alunno/a
_____Frequentante la classe _____ della scuola _____
plesso _____ nell'anno scolastico _____residente in Via/Piazza _____ n. _____
Comune _____ Telefono fisso _____ telefono/i cellulare _____

- Visto il verbale di consegna del farmaco
- Visto il verbale di custodia del farmaco
- Visto il protocollo specifico d'intervento di primo soccorso

DICHIARA/DICHIARANO

1. di aver verificato personalmente che il farmaco consegnato viene custodito in locale e secondo modalità conformi alla prescrizione medica allegata
2. di essere impossibilitato/i a somministrare il farmaco in caso di emergenza
3. di essere consapevole/i che il personale scolastico individuato dal Dirigente Scolastico NON HA competenze sanitarie
4. di LIBERARE DETTO PERSONALE o, in assenza di esso, qualunque soggetto necessitato all'intervento di emergenza richiesto da OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA', purché l'intervento sia rispettoso del protocollo specifico accettato e sottoscritto
5. di provvedere alla sostituzione del farmaco in prossimità della sua scadenza, sollevando il personale scolastico da OGNI E QUALSIVOGLIA RESPONSABILITA' sul rispetto delle date
6. di obbligarsi a presentare all'inizio di ogni anno scolastico in cui il/la proprio/a figlio/a frequenta codesta Istituzione Scolastica nuova e aggiornata certificazione medica qualificata
7. di obbligarsi ad accompagnare tale presentazione documentale da separata ed esplicita **SEGNALAZIONE DI SUSSISTENZA O INSUSSISTENZA DI VARIAZIONI RISPETTO ALLA PRECEDENTE CERTIFICAZIONE AL FINE DI PROVVEDERSI DA PARTE DELL'AMMINISTRAZIONE SCOLASTICA ALLE CONSEQUENZIALI VARIAZIONI DEL PROTOCOLLO DI INTERVENTO:**
 - a) di essere consapevole/i che, in assenza di tale segnalazione, la Scuola manterrà il precedente protocollo di intervento, sollevando la Scuola ed il suo personale da ogni e qualsivoglia responsabilità connessa a tale colpevole omissione
 - b) di essere stato/a/i edotto/a/i dal Dirigente Scolastico o suo delegato circa ogni aspetto legato all'eventualità della somministrazione del farmaco prescritto al/alla proprio/a figlio/a, accettandone le misure adottate in quanto rispondenti agli interessi tutti di tutela del proprio/a figlio/a

(luogo) _____, (data) _____

Firma/e del/i Genitore/i

.....
.....

(ALLEGATO L)

DISPONIBILITA' PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI AGLI ALUNNI

(Da compilare a cura del personale scolastico e da consegnare al D.S.)

Al Dirigente scolastico
Agli Atti

Oggetto: *Disponibilità per la somministrazione di farmaci ad alunni.*

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di

- Docente della classe _____
- Docente formato primo soccorso
- Collaboratore scolastico formato primo soccorso

nel plesso _____ della Scuola Sec. di I grado "L. Sturzo" di via

_____, considerata la richiesta dei genitori dell'alunno _____ (INIZIALI) della classe

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Data _____

Firma

(ALLEGATO M)

VERBALE RESTITUZIONE FARMACO SALVAVITA

(da consegnare agli Atti, Fascicolo Personale dell'alunno per assunzione al protocollo)

In dataalle ore il docente /Il Coll. Scol.
.....
dell'alunno/a..... frequentante la classe.....
sez..... della Scuola di.....riconsegna/no al/ai Genitore/i Sig./ra/Sigg
.....
una confezione di medicinale depositata
in data (vedi modello b) nel caso di somministrazione d'emergenza
come da documentazione agli Atti.

(luogo)..... , (data).....

FIRMA DELL'INCARICATO

Il/I Genitore/i Sig./S.ra/Sigg. Constata l'integrità della
confezione, ritirano il medicinale.

(luogo) ,..... (data)

Il/I Genitore/i

L'INCARICATO

