

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI
EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Allegato 1

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO/EDUCATIVO***

Considerata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito
scolastico/educativo/comunitario al minore/studente:

cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

☐ Somministrazione quotidiana/programmata (indicare nome commerciale/principio attivo del
farmaco, orario e dose da somministrare, modalità di somministrazione)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

☐ Somministrazione in emergenza/urgenza (descrizione dell'evento e delle modalità di
somministrazione dei farmaci prescritti):

.....
.....
.....
.....

Modalità di conservazione dei farmaci

.....
.....

Eventuali norme di primo soccorso

.....
.....
.....

Periodo di validità della prescrizione:

(data)

(timbro e firma del Medico)

n. di telefono del medico: _____

Si allega specifica nota informativa.

_____ include le comunità educative semiresidenziali per minori.

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI
EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Allegato 2

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori del minore/studente e da consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente scolastico
2° Circolo Didattico
Via Erri Billò 49
Casinalbo-Formigine

Io sottoscritto/a (cognome e nome) _____
genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) _____
nata/o a _____ il _____
frequentante la classe/sezione _____ della scuola/plesso _____

CHIEDO

- ☐ di accedere alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a
☐ che il/la sig/ra _____ da me formalmente delegato possa accedere
alla sede scolastica/educativa per somministrare il farmaco a mio /a figlio/a

oppure :

consapevole che il personale scolastico/educativo non ha competenze né funzioni sanitarie e che
non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni/minori,

CHIEDO

la somministrazione dei farmaci
in ambito ed orario scolastico
da parte del personale scolastico

☐ l'auto-somministrazione dei farmaci
in ambito ed orario scolastico

come da allegata certificazione medica rilasciata in data _____ dal Dr _____

➤ Nel caso di richiesta di auto-somministrazione, il genitore inoltre dichiara l'autonomia del
proprio figlio nell'auto-somministrazione del farmaco e

- ☐ autorizza il figlio a custodire _____ ☐ incarica la scuola di custodire il farmaco
personalmente il farmaco

concordando che l'insegnante venga informato dall'alunno prima dell'assunzione del farmaco
stesso e alla presenza di un operatore scolastico/educativo.

=====

Con la presente acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del D.M.
305/06. Autorizzo gli operatori della scuola/struttura educativa alla somministrazione dei farmaci, come da
prescrizione medica. Il farmaco sarà fornito alla Scuola/Struttura dal sottoscritto e ne garantirà la sostituzione
alla scadenza.

Qualora dovessero intervenire, nel corso dell'anno, modificazioni prescrittive sarà presentata una
nuova certificazione aggiornata.

(data)

(Firma dei genitori o di chi ne fa le veci)

Numeri di telefono utili: Famiglia _____ Medico _____

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A MINORI NEI CONTESTI
EXTRA-FAMILIARI, EDUCATIVI O SCOLASTICI, NELLA PROVINCIA DI MODENA

Allegato 3

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura del Dirigente scolastico)

Al personale della cl/sez. _____

Plesso _____

A seguito della richiesta del _____ inoltrata dai genitori/o da chi esercita la potestà genitoriale di _____ cl./sez. _____ plesso _____, il Dirigente Scolastico, il personale della scuola ed i genitori si sono accordati circa la possibilità e la modalità di somministrazione e conservazione dei farmaci a scuola.

Farmaco: _____, conservato _____ del plesso _____

Farmaco: _____, conservato _____ del plesso _____

Per la somministrazione attenersi alle prescrizioni mediche allegate.

I genitori o chi esercita la potestà genitoriale autorizzano il personale in indirizzo ad applicare la procedura e sollevano detto personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

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

tel./cell. _____

tel./cell. _____

Il Genitore*/ o chi esercita la potestà genitoriale

il Dirigente Scolastico

* consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.

Il personale della Scuola:

