

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 \_\_\_\_\_ || \_\_\_\_\_

- 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)

Si allega specifica nota informativa.

n. di telefono del medico: \_\_\_\_\_

\* incluse 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/Responsabile struttura educativa/Responsabile comunità semiresidenziale)

Al Dirigente scolastico/Responsabile struttura educativa  
Scuola/Istituto Comprensivo "Ferrari Maronello"  
Servizio Educativo/Comunità  
Tel. 0536 941232 - Fax 0536 943818  
e-mail: moic83300x@istruzione.it  
Sede Cod. Fisc. 93036740368 - Cod. Mecc. MOTC83300X

Io sottoscritto/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

genitore/tutore del minore/studente (cognome e nome) \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola/servizio educativo/comunità semiresidenziale

**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 personalmente il farmaco
- incarica la scuola di custodire 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 \_\_\_\_\_

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

Allegato 4

**AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE/AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**  
(da compilare a cura del Dirigente scolastico/Responsabile di struttura educativa  
e da adeguare al singolo caso)

Al personale della Scuola/Struttura  
educativa coinvolto.

cl./sez. \_\_\_\_\_

Scuola \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A seguito della richiesta del \_\_\_\_\_ inoltrata dai genitori/o da chi esercita la potestà genitoriale di  
\_\_\_\_\_ cl./sez. \_\_\_\_\_ Scuola/Struttura educativa \_\_\_\_\_,  
il Dirigente Scolastico/Responsabile, il personale della scuola/struttura educativa 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/Struttura educativa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_