

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....

Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....,  
genitore dello studente/essa .....,  
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

che a mio/a figlio/a stesso siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola somministri i farmaci previsti dal Piano Terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco.

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:	famiglia	pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

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

Firma

\_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_

# PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

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  
.....

Modalità di conservazione del farmaco .....

Tante copie quante sono i farmaci

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

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

.....

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**  
(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

**SI CERTIFICA**

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

Codice Fiscale

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

e

- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del/dei farmaco/i.....  
con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
  - indispensabile  
(Oppure)
  - salvavita
- Considerato che la somministrazione 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;

**SI ATTESTA**

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico.

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

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

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

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

.....

## 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)

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_, la/il sig./sig.ra \_\_\_\_\_,

(barrare la voce che corrisponde)

genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_,

iscritto alla classe \_\_\_\_\_, sez. \_\_\_\_\_, della scuola \_\_\_\_\_,

consegna i seguenti farmaci:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

da somministrare all'alunno/a \_\_\_\_\_ come da certificazione medica e Piano Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ dal (barrare la voce corrispondente) da:

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

➤ nel seguente luogo: \_\_\_\_\_

➤ con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_

Il genitore 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 del genitore \_\_\_\_\_