



**Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"**  
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo  
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444  
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:  
apic841002@istruzione.it  
**Istituto a indirizzo musicale**



## **PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA**

Approvato dal Collegio Docenti - Delibera n. 26 dell'11/09/2023

*Approvato dal Consiglio di Istituto – Delibera n. 93 del 13/11/23*

Il presente protocollo evidenzia le procedure finalizzate all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute ed il benessere all'interno della struttura scolastica.

### **PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI**

- "Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico" 25/11/2005\_Ministro dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministro della salute.
- Protocollo di intesa interistituzionale per la somministrazione dei farmaci ad alunni in contesti extra-familiari, educativi o scolastici. (Allegato "A" alla delibera di G.P. n. 124 del 17 luglio 2013)

### **QUANDO SOMMINISTRARE I FARMACI A SCUOLA**

La somministrazione di farmaci deve avvenire solamente sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio dell'ASL e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica. La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori, o dallo studente se maggiorenne, assieme alla certificazione rilasciata dal medico curante.

### **PROCEDURA DI INTERVENTO**

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia) attraverso i modelli precompilati che fanno parte integrante di questo protocollo.

### **IL RICORSO AL PRESENTE PROTOCOLLO SI RENDE NECESSARIO NEI CASI IN CUI L'ALUNNO:**

- Sia affetto da patologia cronica la cui terapia necessita la somministrazione di farmaci in orari non differibili da quelli scolastici e non richieda l'esercizio della discrezionalità da parte di chi deve somministrare il farmaco (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)
- Sia affetto da patologia cronica che può manifestarsi in episodi di emergenza non prevedibili ma comunque noti e risolvibili attraverso il trattamento prescritto da personale medico e non richiedente competenze specialistiche superiori a quelle possedute dalla famiglia.



**Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"**  
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo  
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444  
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:  
apic841002@istruzione.it  
**Istituto a indirizzo musicale**



#### **IL DIRIGENTE SCOLASTICO SI IMPEGNA A:**

- Organizzare momenti formativi per l'intero personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in situazione congiunta tra la famiglia, il personale sanitario e lo studente interessato.
- Fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per l'esecuzione della messa in atto di questo Protocollo.
- Richiedere alla famiglia dell'alunno minorenne o allo stesso studente maggiorenne, che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (allegati 1 e 2 e certificati medici).
- Individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci.
- Autorizzare, se prevista e certificata, l'auto-somministrazione del farmaco.
- Concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere nei locali dell'Istituto qualora la somministrazione del farmaco necessiti cautele maggiori o procedure particolari (farmaci iniettivi, utilizzo di strumentazione tecnica).
- Verificare la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci. Gli operatori scolastici sono individuati tra il personale docente ed ATA, in via prioritaria tra quanti preferibilmente nell'ambito del personale già nominato come addetto al primo soccorso (ai sensi del D. L. 81/08 e D.M. 388/03) (allegato 3).
- Organizzare la tenuta del registro giornaliero (allegato n. 4 del presente protocollo) relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascun allievo/a, affinché sia attestata ogni somministrazione e il nome dell'adulto autorizzato che ha provveduto o assistito alla medesima;
- Comunicare, annualmente in forma scritta, alla famiglia il/i nome/i del/i responsabile/i dell'istituzione a cui fare riferimento per eventuali emergenze o difficoltà, ferma restando la responsabilità diretta dell'Istituzione educativa-scolastica relativamente alle necessità di primo soccorso (allegato n. 3 del presente protocollo);
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.
- Coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali ogniqualvolta risulti indispensabile ricorrere ad essi per mancanza di risorse o disponibilità o competenze interne all'Istituto, al fine di attuare la piena realizzazione del diritto allo studio e garantire il diritto alla salute degli alunni.

#### **IL PERSONALE SCOLASTICO SI IMPEGNA A:**

- Collaborare ad una efficace realizzazione del presente protocollo, volto a garantire il diritto allo studio di ogni studente.
- Partecipare a momenti di formazione congiunta con personale specializzato.
- Segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica qui contemplata.
- Provvedere alla somministrazione del farmaco.
- Ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

#### **LA FAMIGLIA (o chi ne esercita la potestà) SI IMPEGNA A:**

- Segnalare al Dirigente Scolastico tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore



**Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"**  
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo  
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444  
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:  
apic841002@istruzione.it  
**Istituto a indirizzo musicale**



attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico.

- Consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni mediche richieste.
- Consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale di consegna (allegato 2).
- Fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco ogniqualvolta esso si esaurisce.
- Informare tempestivamente di eventuali variazioni nella terapia prescritta.
- Consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste.

#### **LA SANITÀ SI IMPEGNA A:**

- Individuare per la parte di competenza dei professionisti/servizi coinvolti nel percorso integrato per la somministrazione dei farmaci a scuola (prescrizione del curante, rilascio della certificazione e trasmissione dell'informazione alla scuola, semplificazione delle procedure),
- Individuare i professionisti/servizi per le azioni trasversali di supporto e raccordo relative alla formazione del personale dell'istituzione educativa - scolastica e al monitoraggio del percorso integrato.

#### **GESTIONE DELLE EMERGENZE**

Resta prescritto il ricorso al Sistema sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

#### **SOMMINISTRAZIONE DURANTE LE ATTIVITÀ DIDATTICHE ESTERNE ALL'EDIFICIO SCOLASTICO**

Durante le attività didattiche che si svolgono al di fuori dell'edificio scolastico (uscite didattiche, attività sportive, etc.) la somministrazione dovrà essere ugualmente possibile. In caso contrario lo studente non potrà partecipare a tali attività se non accompagnato da un familiare (o persona con delega scritta) che assicuri la somministrazione del farmaco. Il consiglio di classe che approva l'attività esterna deve indicare il nominativo della persona addetta alla somministrazione dei farmaci, oltre a quello degli accompagnatori.

#### **AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI**

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati quando ciò è previsto dalla stessa e da parte di studenti che siano autonomi: tale competenza dovrà essere riportata nel certificato per la somministrazione di farmaci in orario scolastico (allegato 1 e certificati medici). Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione.



**Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"**  
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo  
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444  
sito web: [www.iscfracassetticapodarco.edu.ite](http://www.iscfracassetticapodarco.edu.ite)-mail:  
[apic841002@istruzione.it](mailto:apic841002@istruzione.it)  
**Istituto a indirizzo musicale**



***Fanno parte integrante del presente Protocollo:***

- **Allegato 1 RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO  
(A CURA DELLA FAMIGLIA)**
- **Allegato 2 INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA -CONTIENE DATI SENSIBILI-  
(A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**
- **Allegato 3 PROSECUZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA -CONTIENE DATI SENSIBILI –  
(A CURA DELLA FAMIGLIA)**
- **Allegato 4 VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE ORARIO SCOLASTICO  
(A CURA DELLA FAMIGLIA)**
- **Allegato 5 DISPONIBILITA' PERSONALE SCOLASTICO SOMMINISTRAZIONE FARMACO A SCUOLA  
(A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**
- **Allegato 6 DESIGNAZIONE/AUTORIZZAZIONE DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE  
(A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**
- **Allegato 7 REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACO  
(A CURA DEI DOCENTI FORMATI)**

**Allegato 1**

**Al Dirigente Scolastico  
dell'ISC Fracassetti Capodarco di Fermo  
Dott.ssa Simona Flammini**

**RICHIESTA PER LA SOMMINISTRAZIONE/AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN  
ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO**

I sottoscritti (Cognome e Nome).....  
genitori/tutore dello studente (Cognome e Nome).....  
nato a .....il.....  
residente a .....in via.....  
che frequenta la classe ... sez ... della scuola .....  
sita in Via ..... Cap .....  
Località ..... prov. ....

consapevoli che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

**CHIEDONO (barrare la scelta)**

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_), personalmente o tramite \_\_\_\_\_ da me incaricato oppure:

**AUTORIZZANO**

- il personale dell'Istituto scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i, in orario scolastico, secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.
- Il minore stesso alla auto-somministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate, come da certificazione medica rilasciata dalla Pediatria di Comunità dell'AUSL in allegato (scrivere nome commerciale del farmaco\_\_\_\_\_).

Sarà nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi.

Sarà nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e/o ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, lo stato di salute dell'allievo medesimo e la necessità di somministrazione di farmaci e/o modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

***I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118.***

### **Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto "G. Cestoni" di Montegiorgio dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D. Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo "G. Cestoni" di Montegiorgio dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott.ssa Simona FLAMMINI.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

### **Numeri di telefono utili:**

Genitori .....cell/abitazione..... Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) ..... cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

### **Si allegano:**

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
  - Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico.

**Allegato 2**

**Al Dirigente Scolastico  
Dell'ISC Fracassetti Capodarco di Fermo  
Dott.ssa Simona FLAMMINI**

**INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (CONTIENE DATI SENSIBILI)  
(A CURA DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA/MEDICO DI MEDICINA GENERALE)**

Il minore

Cognome .....Nome .....

Nato il..... a..... Residente a .....

In via/piazza ..... N. .... Città.....

affetto dalla seguente patologia:..... nel  
caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza.....

.....  
.....

..... ne-  
cessita della somministrazione del seguente farmaco.....

.....

Modalità di somministrazione .....

.....

Dose:.....

**Eventuali note:**

.....

.....

.....

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Timbro del Pediatra di Libera Scelta /MMG**

### Allegato 3

Al Dirigente Scolastico  
dell'ISC Fracassetti Capodarco di Fermo  
Dott.ssa Simona FLAMMINI

#### PROSECUZIONE DELLA SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti \_\_\_\_\_ Genitori  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_;  
avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario  
scolastico;  
considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della  
somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti chie-  
dono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico \_\_\_\_\_

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e,  
resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo per-  
sonale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché  
effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione  
dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo  
non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni pas-  
saggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguata-  
mente 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.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in  
caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita  
apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed  
alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del  
118

#### Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto \_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento dei  
dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del  
D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto  
\_\_\_\_\_ dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio  
di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza  
previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati  
raccolti.



Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott. \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_.

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

I Genitori

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

**VERBALE DI CONSEGNA DI FARMACI DA SOMMINISTRARE ORARIO SCOLASTICO**

In data ..... alle ore ..... la/il sig..... ge-  
nitore dell'alunno/a

..... frequentante la classe  
..... della sede di ..... consegna a.....una confe-  
zione nuova ed integra del farmaco..... da somministrare all'alunno/a se-  
condo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consegnato in segreteria e in  
copia qui allegata.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento. La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:  
.....

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola che riceve il farmaco (qualifica).....

I genitori .....

Luogo e data

Firma dei genitori

.....  
.....



## Allegato 5

Ai docenti classe xxx  
Ai Collaboratori Scolastici  
Scuola xxxx

Oggetto: Disponibilità somministrazione farmaco a scuola.

Dando seguito alla richiesta dei genitori Prot. n. xxxx, effettuata in data xxxx per il trattamento dell'evento imprevedibile che può interessare l'alunno xxxx.;

VISTA l'esigenza, in caso di impellente necessità, di somministrare all' alunno xxx il farmaco specifico, come da certificazione del medico curante che attesta la necessità di assunzione dello stesso,

**si chiede la disponibilità**

delle SS.LL. a svolgere tale intervento.

Docenti di Classe:  
(firma per attestata disponibilità)

Collaboratori  
(firma per attestata disponibilità)

Scolastici:

Docente	Firma	Docente	Firma

Si chiarisce che, in caso di esito negativo, la non disponibilità può configurarsi come mancato soccorso e che la somministrazione non necessita di particolare formazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO REGGENTE  
Dott.ssa Simona Flammini

Numeri telefonici da contattare non appena si verifica l'evento acuto: 118

Madre xxxxx

Padre xxxxx

Dott. XXX

Segue autorizzazione della Dirigente con istruzioni per il trattamento del caso.



Istituto Comprensivo "Fracassetti - Capodarco"  
Via Visconti d'Oleggio, 83 / 63900 Fermo  
tel: 0734/621273 - fax: 0734/601112CF: 90055090444  
sito web: www.iscfracassetticapodarco.edu.ite-mail:  
apic841002@istruzione.it  
Istituto a indirizzo musicale



## Allegato 6

Ai docenti della classe XXX sez.  
Ai Collaboratori Scolastici  
Scuola XXX  
E p.c. ai Genitori dell'alunno

### Oggetto: Autorizzazione Somministrazione Farmaci alunno xx classe xxx

- Vista la domanda della famiglia corredata da prescrizione medica sottoscritta dal Dot. XXX del XXX;
- Viste le raccomandazioni dei Ministri della Salute e della Pubblica Istruzione del 25 novembre 2005;
- Acquisita la disponibilità alla somministrazione del farmaco necessario alla cura dell'alunno XXX classe XXX;

### SI AUTORIZZANO

in caso di necessità i Docenti della classe in indirizzo, nonché tutti i collaboratori scolastici in servizio presso la Scuola XXX, alla somministrazione del farmaco all'alunno **XXXXXXXXXXXX**, della classe XXX, secondo quanto prescritto nel certificato medico che viene allegato.

Si ricorda di contattare immediatamente i familiari dell'alunno ogni qual volta si renda necessaria la somministrazione dei farmaci, nonché il 118.

Il farmaco da somministrare è XXX.

Il suddetto **si trova XXXX**.

Si comunica inoltre che **una terza dose sarà posta nella cassetta del primo soccorso della palestra**

....

**Si invita il docente di Scienze Motorie e Sportive a controllare che il farmaco sia presente nell'armadietto della palestra.**

Si esorta tutto il personale informato a tenere sempre in evidenza i numeri telefonici che necessitano e ad **aver cura della riservatezza delle informazioni contenute nella presente comunicazione.**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Simona Flammini

**Numeri telefonici da contattare non appena si verifica l'evento acuto: 118**

**Madre XXX**

**Padre XXX**

Dottore XXX tel. XXX

<b>REGISTRO INDIVIDUALE SOMMINISTRAZIONE FARMACO DI (nome e cognome allievo):</b> _____			A.S. _____
			Mese _____
<b>ISTITUZIONE SCOLASTICA</b> _____			N. _____
<b>NOME FARMACO</b> _____		<b>SCADENZA FARMACO</b> _____	
<b>DURATA TERAPIA</b> _____		<b>MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE</b> _____	
DATA SOMMINISTRAZIONE	NOME COGNOME OPERATORE	FIRMA DELL'OPERATORE	NOTE