



Ministero dell'Istruzione



UNIONE EUROPEA  
Fondo sociale europeo  
Fondo europeo di sviluppo regionale



*Ministero dell'Istruzione*

## ***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618 – Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

Protocollo e data (vedi segnatura)

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

Approvato dal Consiglio di Istituto il 10 settembre 2022, delibera n. 9

Oggetto del presente protocollo sono 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.

#### **RIFERIMENTI NORMATIVI**

- 1) Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico – MIUR e Ministero della Salute 25.11.2005.
- 2) Circolare Regionale n. 30 del 12 luglio 2005 - Linee Guida sul diabete giovanile per favorire l'inserimento del bambino diabetico in ambito scolastico.
- 3) D.M. 388/03 - Regolamento recante disposizioni sul pronto soccorso aziendale.
- 4) D.Lgs. 81/08 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.
- 5) Protocollo di intesa "Piano integrato di accoglienza/assistenza del bambino con diabete a scuola", unitamente ai suoi Allegati n. 1,2,3,4, 5.
- 6) Accordo di programma per l'inclusione degli alunni disabili nella scuola di Pesaro-Urbino 2015/2016-2019/2020.

Preso atto che:

la presenza di bambini/ragazzi che necessitano di interventi terapeutici è esperienza comune alla scuola d'infanzia ed agli istituti di ogni ordine e grado.

Le situazioni che si possono presentare sono riconducibili a:

- a) emergenza imprevista in soggetto senza patologia nota;
- b) manifestazione acuta correlata alla patologia cronica nota, che richiede interventi immediati;
- c) terapia programmata ed improrogabile per il trattamento di patologia cronica;
- d) il caso dell'emergenza imprevista è trattato nell'ambito del primo soccorso aziendale dal D.Lgs. 81/08; 5. si ritiene opportuno evitare che in orario scolastico siano somministrate terapie per il trattamento di patologie non croniche.

Tutto ciò premesso  
VALUTATO CHE:



*Ministero dell'Istruzione*

## ***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618– Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

- 1) L'intervento sugli alunni che esigono la somministrazione di farmaci si deve configurare come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che interviene;
- 2) Tale attività di intervento rientra in un protocollo terapeutico stabilito dai sanitari la cui omissione può causare danni alla persona;
- 3) La prestazione dell'intervento viene supportata da una specifica "formazione in situazione" riguardanti le singole patologie, nell'ambito della più generale formazione sui temi della sicurezza.

SI CONVIENE QUANTO SEGUE:

Criteri adottati per autorizzare la somministrazione di farmaci in orario scolastico.

### **Art. 1 - AUTORIZZAZIONE DA PARTE DEI MEDICI - CRITERI**

I farmaci a scuola devono essere somministrati nei casi autorizzati dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di libera scelta e/o dai Medici di medicina generale, tramite documentazione recante la certificazione medica dello stato di malattia dell'alunno e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;

L'autorizzazione viene rilasciata su richiesta dei genitori degli studenti che presentano ai medici la documentazione sanitaria utile per la valutazione del caso.

Nel rilasciare le autorizzazioni i Medici dovranno dichiarare:

- a) L'assoluta necessità;
- b) La somministrazione indispensabile in orario scolastico;
- c) La non discrezionalità da parte di chi somministra 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;
- d) La fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.
- e) Inoltre deve contenere in modo chiaro e leggibile:
  - 1) Nome e cognome dello studente;
  - 2) Nome commerciale del farmaco;
  - 3) Indicare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
  - 4) Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione (nel caso di farmaci al bisogno e per i quali occorre una adeguata formazione del personale della scuola);
  - 5) Dose da somministrare;
  - 6) Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;
  - 7) Durata della terapia.



*Ministero dell'Istruzione*

## ***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618 – Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

La famiglia consegnerà al Dirigente scolastico la richiesta, unitamente al modulo di autorizzazione rilasciata dai Servizi di Pediatria delle Aziende Sanitarie, dai Pediatri di libera scelta e/o Medici di Medicina Generale e ai farmaci prescritti in confezione integra da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento, dando il proprio consenso alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico.

### **ART.2 SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO A SEGUITO DI CURE DI DURATA PRESTABILITA**

Il Dirigente Scolastico, su richiesta della famiglia, autorizza l'accesso a scuola dei genitori per il tempo strettamente necessario alla somministrazione del farmaco. In alternativa la famiglia con apposita richiesta può avvalersi del personale della scuola. Il Dirigente scolastico, acquisita la richiesta della famiglia con allegato il modulo di autorizzazione rilasciato dai Medici secondo le indicazioni di cui all'art.1, valutata la fattibilità organizzativa • Acquisisce la disponibilità del personale scolastico a somministrare i farmaci; • Se si ravvisa la necessità, organizza un incontro formativo con i genitori ed il personale scolastico tenuto dal medico che ha redatto l'autorizzazione secondo l'art. 1.

### **ART. 3 - SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AL BISOGNO IN ORARIO SCOLASTICO IN OCCASIONE DELLA COMPARSA DI SPECIFICHE SINTOMATOLOGIE**

Il Dirigente scolastico, acquisita la richiesta della famiglia con allegato il modulo di autorizzazione rilasciato dai Medici secondo le indicazioni di cui all'art.1, valutata la fattibilità organizzativa

- Acquisisce la disponibilità del personale scolastico a somministrare i farmaci;
- Organizza un incontro formativo con i genitori ed il personale scolastico tenuto dal medico che ha redatto l'autorizzazione secondo l'art. 1 per definire un Piano Individuale di Intervento.

### **ART. 4 - GESTIONE DELL'EMERGENZA**

Resta comunque prescritto il ricorso al SSN di Pronto Soccorso nei casi in cui non sia possibile applicare il Piano Individuale di intervento o che questo risulti inefficace.

### **ART. 5 - DURATA DELL'AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO E DELLA FAMIGLIA**

L'autorizzazione del medico e della famiglia ha durata strettamente legata al periodo di trattamento indicata dal Medico o per un anno scolastico nel caso di interventi al bisogno in occasione della comparsa di specifiche sintomatologie.

### **ART.6 - DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

- 1) Modulo 1 - Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico a cura del Medico curante in base ai seguenti criteri:
  - a) somministrazione indispensabile in orario scolastico;



*Ministero dell'Istruzione*

## ***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618 – Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

- b) non discrezionalità da parte di chi somministra 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;
- c) fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario;
- 2) Modulo 2 - Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico a cura dei Genitori o degli esercenti la patria potestà;
- 3) Modulo 3 - Richiesta di auto somministrazione di farmaci a cura dei Genitori o degli esercenti la patria potestà;
- 4) Modulo 4 - Modulo di messa a disposizione Docenti/ATA per somministrazione di farmaci.

### **ART. 7 - ACQUISIZIONE E CONSERVAZIONE DEI FARMACI**

La famiglia consegnerà al Dirigente Scolastico i farmaci prescritti in confezione integra, in corso di validità, da conservare a scuola per tutta la durata del trattamento avendo cura di sostituire/rifornire il farmaco al bisogno (Modulo 5 – Verbale di consegna del farmaco).

### **ART. 8 - ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI SOMMINISTRAZIONE**

Il Dirigente Scolastico

- A. acquisiti il Modulo 1 (Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico a cura del Medico curante) e il Modulo 2 (Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico a cura dei Genitori o degli esercenti la patria potestà) individua uno o più incaricati responsabili di somministrare i farmaci tra i docenti e il personale A.T.A. che abbiano offerto la propria disponibilità compilando il Modulo di messa a disposizione Docenti/ATA per somministrazione di farmaci (Modulo 4);
- B. concorda con la Pediatria dell'ASUR Marche eventuali necessità formative da attivare per il personale addetto alla somministrazione del farmaco;
- C. dispone affinché sia data esecuzione a quanto indicato nel modulo di certificazione;
- D. valuta la possibilità di stipulare accordi e convenzioni con altri soggetti istituzionali del territorio qualora le modalità di somministrazione non possano essere espletate dal personale scolastico;
- E. dà la relativa comunicazione ai genitori e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno nel caso in cui anche tale soluzione non sia attuabile.



*Ministero dell'Istruzione*

## ***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618 – Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

### **ART. 9 - 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.

### **ART. 10 - AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO DA PARTE DEGLI STUDENTI**

Può essere consentita l'auto-somministrazione dei farmaci autorizzati dall'AUSL 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 (Allegati 1 e 2). Anche in caso di auto-somministrazione del farmaco sarà comunque prevista la presenza di un adulto adeguatamente formato, sia per garantire la registrazione dell'avvenuta somministrazione sia per intervenire in caso di eventuali situazioni di urgenza-emergenza.

### **ART. 11- GESTIONE DELL'EMERGENZA**

I farmaci "salvavita" rientrano nella tipologia più generale dei farmaci per la cui somministrazione a scuola è necessaria la certificazione dell'ASUR. Nei casi in cui si configuri una situazione di emergenza e/o urgenza il personale somministratore, e comunque il personale scolastico presente, attiverà una Chiamata di Soccorso al 118.

### **INDICE ALLEGATI**

- 1) Modulo 1 - Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico a cura del Medico;
- 2) Modulo 2 - Autorizzazione per la somministrazione dei farmaci in ambito scolastico a cura dei Genitori o degli esercenti la patria potestà;
- 3) Modulo 3 - Richiesta di auto somministrazione di farmaci a cura dei Genitori o degli esercenti la patria potestà;
- 4) Modulo 4 - Modulo di messa a disposizione Docenti/ATA per somministrazione di farmaci.
- 5) Modulo 5 – Verbale di consegna del farmaco



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618– Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: www.icpiedimontematese2castello.edu.it

e-mail ceic8aj00d@istruzione.it – Pec ceic8aj00d@pec.istruzione.it

MODULO 1 - Somministrazione farmaci - Autorizzazione della famiglia

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

ISTITUTO COMPrensivo PIEDIMONTE MATESE II – CASTELLO

OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco indispensabile e/o salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) ( a cura del Medico di base)

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

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

Luogo e Data di nascita .....

Residente ..... Telefono .....

Scuola ..... Classe .....

Dirigente scolastico .....

Constatata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito orario scolastico dei seguenti farmaci:

Nome commerciale del farmaco .....

Dose e modalità di somministrazione .....

Orario 1a dose ..... 2a dose ..... 3a dose ..... 4a dose .....

Durata terapia.....

Modalità di conservazione.....

.....

Evento .....

.....

Avvertenze .....

.....



*Ministero dell'Istruzione*

***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618– Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

.....

Eventuali note di primo soccorso .....

.....

Data .....

Timbro e firma del medico



*Ministero dell'Istruzione*

## ***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618– Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

MODULO 2 - Somministrazione farmaci – Richiesta della famiglia

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPrensIVO PIEDIMONTE MATESE II – CASTELLO

**OGGETTO:** AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO (richiesta della Famiglia)

### **I sottoscritti**

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

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

Residenti \* in .....

Via/Piazza ..... Telefono .....

*\*(indicare entrambe le residenze se diverse)*

genitori dell'alunno .....

**o, se l'alunno è maggiorenne**

### **Il sottoscritto**

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

Residente in .....

Via/Piazza ..... Telefono .....

preso atto dell'assoluta necessità

**AUTORIZZANO /**

**AUTORIZZA**

la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci indicati dal medico e secondo le modalità di





*Ministero dell'Istruzione*  
***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)  
Cod. Fisc. 91012090618 – Distretto n. 21  
tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D  
Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)  
e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

somministrazione indicate dallo stesso.

Dichiarano altresì di consegnare la confezione del farmaco integra e a norma.

Data .....

Firma degli esercenti la patria potestà o dell'alunno, se maggiorenne

.....

.....



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618– Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: www.icpiedimontematese2castello.edu.it

e-mail ceic8aj00d@istruzione.it – Pec ceic8aj00d@pec.istruzione.it

MODULO 3 - Somministrazione farmaci – Auto-somministrazione farmaci

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRESIVO PIEDIMONTE MATESE II – CASTELLO

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti ..... genitori di
..... nato a ..... il
..... residente a ..... in via ..... frequentante
la classe ..... della Scuola ..... 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 sollevano lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsentono al trattamento dei dati
personali ai sensi del D.lgs 196/3.

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori .....



*Ministero dell'Istruzione*

***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618– Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

*MODULO 4 - Somministrazione farmaci – Messa a disposizione Docenti/ATA per somministrazione farmaco in orario scolastico*

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II - Castello

**OGGETTO: MESSA A DISPOSIZIONE DOCENTI/ATA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO IN ORARIO SCOLASTICO**

\_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
docente/ATA presso codesto Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II- Castello di Piedimonte  
Mate (CE), plesso di \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via  
\_\_\_\_\_

**SI DICHIARA DISPONIBILE A SOMMINISTRARE,**

consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, e chiedendo di essere sollevato da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento  
il \_\_\_\_\_ farmaco \_\_\_\_\_

all'alunno \_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

Luogo e Data ..... il .....

Firma .....



Ministero dell'Istruzione

## Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618 – Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

MODULO 5 - Somministrazione farmaci – Verbale consegna farmaco

### 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 o allo studente, se maggiorenne)

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 \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_, iscritto alla classe \_\_\_\_\_, Ordine \_\_\_\_\_, plesso di \_\_\_\_\_ dell'Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II - Castello di Piedimonte Matese (CE), 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) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_

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 ASL della Regione Campania
- Medico pediatra di libera scelta dott. \_\_\_\_\_
- Medico di medicina generale dott. \_\_\_\_\_
- Altro caso (specificare) \_\_\_\_\_

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo: \_\_\_\_\_ con le seguenti modalità: \_\_\_\_\_



*Ministero dell'Istruzione*

***Istituto Comprensivo Piedimonte Matese II – Castello***

Via Caruso, 2 - 81016 Piedimonte Matese (CE)

Cod. Fisc. 91012090618– Distretto n. 21

tel. 0823/911755 – COD.MECC.: CEIC8AJ00D

Sito web: [www.icpiedimontematese2castello.edu.it](http://www.icpiedimontematese2castello.edu.it)

e-mail [ceic8aj00d@istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@istruzione.it) – Pec [ceic8aj00d@pec.istruzione.it](mailto:ceic8aj00d@pec.istruzione.it)

Il genitore o l'esercente la potestà genitoriale 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.

Piedimonte Matese, \_\_\_\_\_

Firma dell'incaricato \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_