



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO " VIA R. FUCINI 265"**  
**00137 ROMA – Via R. Fucini 265 - Tel./Fax 06824386**

PROTOCOLLO SANITARIO

ALLEGATO N.1

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

MIUR / MINISTERO DELLA SALUTE 25.X.05

Scuola \_\_\_\_\_ Anno Scolastico \_\_\_\_\_

( da compilare a cura della famiglia e da consegnare al Dirigente scolastico )

I Sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori di  
\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la  
sezione \_\_\_\_\_ presso Via \_\_\_\_\_ constatate l'assoluta

necessità dell'assunzione del farmaco prescritto, come da allegata certificazione medica, rilasciata in data \_\_\_\_\_ e  
nell'impossibilità somministrarlo personalmente,

chiedono la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico, per l'anno scolastico ..... da parte di personale  
scolastico disponibile incaricato da codesta Direzione e da personale disponibile AEC Comunale.

I sottoscritti si impegnano ad istruire il personale disponibile tramite il "medico" curante o altro sanitario e sollevano da ogni  
responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza ingenerata o indotta dal farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra  
persona che effettua la somministrazione.

Indicano comunque i propri recapiti telefonici per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a questo tipo di intervento  
\_\_\_\_\_. L'istituzione scolastica avrà cura di  
pianificare il calendario di intervento di tale impegno (istruzioni con intervento frontale).

Acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di  
salute delle persone).

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico Curante \_\_\_\_\_

- Genitori \_\_\_\_\_



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO " VIA R. FUCINI 265"**  
**00137 ROMA – Via R. Fucini 265 - Tel./Fax 06824386**

PROTOCOLLO SANITARIO

ALLEGATO N.2

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

Attestato lo stato di malattia dell'alunno (certificazione allegata), vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità, si prescrive la somministrazione dei farmaci sotto indicati da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico all'alunno/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Anno scolastico \_\_\_\_\_

dei seguenti farmaci e/o Peg e/o ausilio meccanico salvavita

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Durata della terapia: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si dichiara che tale somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto - riferimento: Raccomandazioni del Miur e del Ministero della Sanità del 25 novembre 2005, art. 2 Tipologia degli interventi.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO " VIA R. FUCINI 265"**  
**00137 ROMA – Via R. Fucini 265 - Tel./Fax 06824386**

PROTOCOLLO SANITARIO

ALLEGATO N.3

**RISPOSTA DI ADESIONE DEL PERSONALE SCOLASTICO E ALTRO PERSONALE INCARICATO**  
**DELLA SCUOLA ALLA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA**  
**ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_**

Al Dirigente Scolastico della Scuola

\_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in qualità di personale scolastico incaricato dalla Scuola, in relazione alla richiesta pervenuta dal Dirigente Scolastico come da domanda della famiglia dell'alunno e da certificato medico visitato dal Medico pediatra o di Medicina generale;

- Nella consapevolezza che il caso in questione è particolare e che la somministrazione di tali farmaci è indispensabile affinché il/la bambino/a possa frequentare la scuola;
- Evidenziando altresì di non avere competenze specialistiche di tipo sanitario
- Richiamato l'art. 2 delle raccomandazioni MIUR / Ministero della Salute del 25/X/05 - non competenze specialistiche né esercizio di discrezionalità tecnica

**danno il proprio consenso** alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta a favore dell'alunno:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL PERSONALE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO " VIA R. FUCINI 265"**  
**00137 ROMA – Via R. Fucini 265 - Tel./Fax 06824386**

PROTOCOLLO SANITARIO

ALLEGATO N.4

PIANO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

Alunno/a \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ Edificio Scolastico Via \_\_\_\_\_

Farmaci \_\_\_\_\_

Luogo di conservazione degli stessi \_\_\_\_\_

Calendario di intervento da parte del medico finalizzato alle indicazioni e alla supervisione al personale scolastico:

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

I farmaci vengono somministrati, secondo le modalità della prescrizione medica allegata, dalle seguenti persone che hanno dato il loro consenso alla somministrazione e alla richiesta pervenuta:

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

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

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

Firma del personale:

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

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

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

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO " VIA R. FUCINI 265"**  
**00137 ROMA – Via R. Fucini 265 - Tel./Fax 06824386**

PROTOCOLLO SANITARIO

ALLEGATO N.5

DISPONIBILITA' ALLA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

( da compilare a cura dell'operatore AEC comunale e da consegnare all'Ufficio Handicap Comunale unitamente agli allegati n.1-2-3-4 )

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ operatore AEC Comunale  
assegnato/a all'alunno/a \_\_\_\_\_ della Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_  
della Scuola \_\_\_\_\_

dopo aver visionato la seguente documentazione:

- prescrizione del medico curante per il piano e la somministrazione dei farmaci/utilizzo di Peg e/o di ausilio meccanico comprendente la dichiarazione che tale intervento non richiede il possesso di cognizione specialistiche di tipo sanitario;
- richiesta con liberatoria del genitore per gli specifici interventi summenzionati prescritti dal medico e impegno a fornire le dovute indicazioni agli operatori coinvolti, l'affiancamento e la supervisione degli stessi;
- adesione sottoscritta del personale scolastico o altro personale incaricato da codesto istituto a svolgere tale impegno;
- piano elaborato dalla Scuola rispetto al luogo di conservazione, di somministrazione del materiale specifico:

farmaco \_\_\_\_\_ e/o ausilio meccanico salvavita \_\_\_\_\_ e/o pasto con Peg ed al calendario di intervento da parte del genitore finalizzato alle indicazioni e alla supervisione nei confronti degli operatori AEC.

Si dichiara disponibile alla somministrazione del farmaco e/o utilizzo di Peg e/o ausilio meccanico.

Data \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_

L'OPERATORE

\_\_\_\_\_