



# I. C. SAN GIORGIO DI PIANO

Via Gramsci, 15

40016 - SAN GIORGIO DI PIANO (Bo)

Tel. 051/897146 – fax 051/897542 - C. F. 80074550379 - [boic83400t@istruzione.it](mailto:boic83400t@istruzione.it) – [boic83400t@pec.istruzione.it](mailto:boic83400t@pec.istruzione.it)



Prot. n. 5066/A36

San Giorgio di Piano, 16 settembre 2013

- Ai Docenti
- Al Personale ATA
- Ai genitori
- In evidenza nei plessi

## IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**VISTO** il protocollo d'intesa di Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005;  
**VISTA** la nota dell'USR del 03.04.2012;  
**VISTO** il protocollo provinciale per la somministrazione di farmaci in contesti extra-familiari, educativi, scolastici o formativi del maggio 2013;  
**VISTO** il punto n. 8 del Regolamento d'Istituto (norme comportamento scolastico)

## DISPONE

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni si faccia riferimento alle seguenti linee guida:

con una nota comune del 25.11.2005 del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero della Salute, sono state emanate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati 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".

Questi i punti fondamentali:

1. la somministrazione/autosomministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio ASL;
2. la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica dell'adulto;
3. la somministrazione deve essere richiesta FORMALMENTE AL DIRIGENTE SCOLASTICO da chi esercita la potestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);
4. il Dirigente Scolastico a seguito della richiesta scritta:
  - individua luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
  - concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione in parola;
  - verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA che abbia seguito il corso di primo soccorso di cui al D. Lgs 81/2008) a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Angela Cocchi

Moduli collegati:

Allegato 1 fac-simile – Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale di alunno/a minorenne

Allegato 2 fac-simile - Certificazione per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

Allegato 3 – Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196 del 30.06.2003 sottoscritta dal genitore o da chi esercita la potestà genitoriale

Allegato 4 – Dichiarazione di disponibilità alla somministrazione del farmaco

Allegato 5 fac-simile – Designazione incaricati alla somministrazione

Allegato 6 – Registro giornaliero somministrazione

## Fac-simile di richiesta alla Scuola per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. di San Giorgio di Piano  
Via Gramsci 15

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) ..... in qualità di  
genitore/tutore dello/a studente (Cognome e Nome) .....  
Nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in Via .....  
che frequenta la classe ..... sez. ....  
della scuola .....  
sita in Via ..... Cap .....  
Località ..... Prov. ....

consapevole che il personale non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni,

CHIEDO  
(barrare la scelta)

☐ che sia consentito l'accesso a me o alle seguenti persone per la somministrazione dei farmaci come da autorizzazione medica allegata  
.....  
.....  
nei seguenti giorni ed orari:  
.....

Oppure:

☐ che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

A tal fine

AUTORIZZO

☐ Il personale scolastico resosi disponibile alla somministrazione del/dei farmaco/i, sollevando lo stesso da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto  
☐ Il minore stesso all'autosomministrazione del/dei farmaco/i

A tal fine consegno n. .... di confezioni integre del farmaco stesso.

In fede

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

.....

Data .....



Loghi AUSL

Servizio di .....

## Fac-simile di autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico

.....

Via .....

Località ..... Provincia .....

Constatata la assoluta necessità **SI AUTORIZZA** la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico al bambino/ragazzo

Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita .....

residente a .....

in Via e n° ..... Tel. ....

frequentante la classe .....

### A) Somministrazione quotidiana del farmaco

Nome commerciale .....

Durata della terapia: ☐ per tutto l'anno scolastico in corso

☐ dal ..... al .....

Modalità di conservazione .....

.....

Nota .....

.....

ORARIO	DOSE	MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE

Capacità dell'alunno minorenne ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco (barrare la scelta):

SI ☐ NO ☐

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 D.Lgs. 196 DEL 30/06/2003

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.  
Si ricorda che:

- il trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all'Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- Il titolare del trattamento è: la Dirigente Scolastica Dott.ssa Angela Cocchi.
- Il responsabile del trattamento dei dati è: la DSGA Teresa Marzocchi.
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. LGS 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Angela Cocchi

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
di San Giorgio di Piano  
Dott.ssa Angela Cocchi

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni.

Il/La sottoscritto/a docente della classe ..... ☐ SI ☐ NO  
docente formato primo soccorso ..... ☐ SI ☐ NO  
collaboratore scolastico formato primo soccorso ..... ☐ SI ☐ NO  
presso la scuola ..... dell'Istituto Comprensivo di San Giorgio di Piano  
considerata la richiesta dei genitori dell'alunno (iniziale) ..... della classe .....

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta

Data .....

FIRMA .....





# I. C. SAN GIORGIO DI PIANO



Via Gramsci, 15

40016 - SAN GIORGIO DI PIANO (Bo)

Tel. 051/897146 – fax 051/897542 - C. F. 80074550379 - [boic83400t@istruzione.it](mailto:boic83400t@istruzione.it) – [boic83400t@pec.istruzione.it](mailto:boic83400t@pec.istruzione.it)

Prot. n. 5066/A36

San Giorgio di Piano, 16 settembre 2013

Al Fascicolo Personale dell'alunno/a

.....

Agli insegnanti della classe .....

Al personale ausiliario

- IN BUSTA CHIUSA DATI SENSIBILI -

**OGGETTO: Protocollo per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico.**  
**Designazione Incaricati alla Somministrazione**

Il Dirigente Scolastico,

- visto il Protocollo Provinciale per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico;
- vista l'istanza presentata dagli interessati;
- verificata la presenza nella stessa degli allegati richiesti;

**individua**

Il/la ..... quali **Incaricati** alla  
**Somministrazione** del farmaco .....  
all'alunno/a nelle modalità descritte nel "Percorso d'Intervento" e

**dispone**

affinché da parte dei sopraccitati:

- sia data esecuzione a quanto indicato nel modulo allegato;
- si provveda ad organizzare la tenuta del **Registro Giornaliero** relativo alla somministrazione dei farmaci per ciascun allievo ove sia attestata ogni somministrazione, il nome dell'adulto autorizzato che ha provveduto o assistito alla medesima;
- si garantisca **formazione/informazione**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Angela Cocchi



## I. C. SAN GIORGIO DI PIANO

Via Gramsci, 15

40016 - SAN GIORGIO DI PIANO (Bo)

Tel. 051/897146 – fax 051/897542 - C. F. 80074550379 - [boic83400t@istruzione.it](mailto:boic83400t@istruzione.it) – [boic83400t@pec.istruzione.it](mailto:boic83400t@pec.istruzione.it)



### Registro individuale per la somministrazione dei farmaci

a.s. 2013-2014

SCUOLA .....

Indirizzo .....

Nome e Cognome dell'allievo/a .....

Nome del farmaco ..... Scadenza .....

Luogo di conservazione .....



**Classe/Sezione per la Scuola dell'Infanzia .....**

[illegible]