



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo Statale "Fratelli Cervi"
Via della Casetta Mattei, 279, 00148 Roma - Telefono: 066555010
Codice Fiscale: 80236150589 Codice Meccanografico: RMIC85600X Codice Univoco: UFBIL9
Sito Web: <http://scuolafratelllicervi.edu.it> PEC: rmic85600x@pec.istruzione.it
PEO: rmic85600x@istruzione.it



PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA E GESTIONE DELLE EMERGENZE

Oggetto del presente protocollo sono le procedure finalizzate all'assistenza di alunni che necessitano della somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto alla salute, al benessere e allo studio.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Linee guida per la somministrazione dei farmaci in orario scolastico, MIUR – MINISTERO DELLA SALUTE, 25 novembre 2005.

SOGGETTI COINVOLTI

La somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- Dirigente Scolastico;
- Personale scolastico: personale docente e ATA;
- Genitori (o chi ne esercita la responsabilità genitoriale) dell'alunno richiedente la somministrazione del farmaco;
- Medico di base o medico specialista o Azienda Sanitaria Locale.

PROCEDURA DI INTERVENTO

La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni o da coloro che esercitano la responsabilità 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 del presente 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.

La somministrazione di farmaci da parte del personale scolastico è possibile a condizione che:

- il personale scolastico si renda volontariamente disponibile;
- l'intervento non richieda specifiche cognizioni sanitarie o metta in campo discrezionalità tecniche da parte del somministratore.

Il Dirigente Scolastico provvede a:

- organizzare momenti formativi per tutto il personale scolastico in servizio al fine di informarlo sulla procedura di somministrazione farmaci messa in atto dall'Istituto in sinergia con la famiglia, il personale sanitario;
- fornire alle famiglie tutte le istruzioni iniziali per la realizzazione del presente protocollo;
- richiedere alla famiglia dell'alunno che necessita di somministrazione farmaci in orario scolastico la documentazione necessaria (allegati 1 e 2);
- individuare il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- autorizzare, se prevista e certificata, l'autosomministrazione del farmaco;
- concedere, su richiesta, alla famiglia dell'alunno, o a personale sanitario specializzato, l'autorizzazione ad accedere ai 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, educativo ed ATA, in via prioritaria tra quanti nominati come addetti al primo soccorso (ai sensi del D.lgs. 81/2008 e del DM 388/2003) (allegato 4);
- ricorrere al Servizio Sanitario Nazionale quando si verificano episodi di emergenza;
- coinvolgere Enti e Servizi Sanitari locali ogni qualvolta 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 alunno;
- partecipare a corsi di formazione tenuti da personale specializzato;
- segnalare con tempestività qualsiasi episodio non rientri nella casistica contemplata nel presente protocollo;
- provvedere alla somministrazione del farmaco se individuato dal Dirigente Scolastico (*allegato 5*);
- osservare le **Procedure Sanitarie di Emergenza** come di seguito riportate e ricorrere al servizio sanitario ogniqualvolta si manifestino episodi di emergenza.

Le famiglie si impegnano a:

- segnalare tutti i casi che potenzialmente necessitano di una maggiore attenzione, in particolar modo i casi di allergia alimentare che possono in maniera imprevedibile dare adito ad episodi di shock anafilattico;
- a consegnare i farmaci all'Istituto attestando l'integrità e la validità in apposito verbale (*allegato 1*);
- fornire tempestivamente le nuove dosi del farmaco quando esso termina;
- informare tempestivamente di eventuali variazioni della terapia prescritta;
- consegnare all'Istituto la modulistica fornita, compilata, sottoscritta e supportata dalle certificazioni richieste (*allegati 1 e 2*).

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 l'alunno 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. Qualora si verifichi un'emergenza in tali circostanze le procedure da seguire saranno le medesime indicate nel seguente protocollo **Procedure Sanitarie di Emergenza** con i dovuti adattamenti di contesto necessari.

PROCEDURE SANITARIE DI EMERGENZA

Qualora si verifichi un caso di rilevata necessità di assistenza ad uno studente durante le attività scolastiche, le procedure sanitarie da attivare saranno di due tipi.

Studente con perdita di coscienza

1. Verificato lo stato di incoscienza dello studente coinvolto, il docente in servizio presterà le prime cure e individuerà prontamente, scegliendo tra altro docente/operatore adulto presente in aula o un alunno, chi darà l'allarme avvisando il personale ATA di prossimità o un altro collega.
2. Il docente in servizio si occuperà della prima assistenza cercando di porre il soggetto in posizione laterale di sicurezza assicurando la pervietà delle vie aeree.
3. Contemporaneamente autorizzerà i compagni di classe ad abbandonare l'aula, secondo una procedura collaudata comprensiva di **aprifila e chiudifila** (titolari e supplenti), in direzione del collaboratore più vicino al piano, per assicurare così spazio di intervento, assistenza agli alunni non coinvolti e allertare altro personale scolastico, in particolare gli addetti interni al primo soccorso.
4. Il personale avvisato per primo andrà a recuperare il farmaco posto nella cassetta dei farmaci salvavita (solo per la scuola Secondaria) per assicurare tempestiva somministrazione qualora se ne raffiguri la necessità individuale. Solo in questo caso, accertato che il farmaco salvavita in dotazione appartenga al soggetto in stato di incoscienza e la situazione rientri nelle casistiche che ne richiedano l'uso, il personale scolastico somministrerà il farmaco preservandone il flacone.
5. Il personale coinvolto che si trova nella situazione di soccorrere l'alunno si occuperà di chiamare prontamente, **tramite un telefono cellulare personale**, il numero unico di emergenza **112** descrivendo accuratamente la situazione e seguendo le istruzioni ricevute.
6. I genitori, o chi ne detiene la responsabilità genitoriale, saranno chiamati tempestivamente appena possibile. Si fa presente che in tali situazioni qualsiasi delega come quelle relative al prelievo dello studente da scuola, perdono di validità. Solo i genitori titolari di responsabilità genitoriale potranno prendere in carica lo studente e/o decidere di condurlo via autonomamente.
7. Nell'attesa dell'ambulanza il personale ATA si occuperà preventivamente di agevolare in ogni modo l'ingresso a scuola del personale sanitario in arrivo.
8. L'arrivo dei genitori, o di chi ne detiene la responsabilità genitoriale, sancisce la sua/loro presa in carico dello studente coinvolto.
9. All'arrivo dei soccorsi il personale scolastico consegnerà l'eventuale flacone di farmaco salvavita somministrato lasciando in carico lo studente al personale sanitario qualora non sia già avvenuta la sua presa in custodia dai genitori o da chi ne detiene la responsabilità genitoriale.
10. Qualora non fossero ancora intervenuti i genitori, o chi ne detiene la responsabilità genitoriale, al momento di lasciare i locali scolastici con mezzo di soccorso, il personale scolastico

autorizzato continuerà la presa in carico dell'alunno seguendolo in ambulanza (se autorizzato dal coordinatore responsabile del mezzo) o con mezzo proprio. Si specifica che il personale scolastico che accompagnerà lo studente non dovrà necessariamente essere colui che ha eventualmente somministrato il farmaco salvavita (anzi, è auspicabile il contrario) e dovrà essere compreso tra coloro che risultano autorizzati preventivamente dal Dirigente all'interruzione di servizio.

11. Appena possibile e comunque entro 24h, tutto il personale coinvolto produrrà apposita relazione scritta dei fatti avvenuti ed eventuale report di somministrazione del farmaco salvavita sull'apposito registro.

Studente senza perdita di coscienza

1. Al manifestarsi di sintomi che necessitano di assistenza, lo studente sarà preso in custodia dal docente in servizio e condotto fuori dall'ambiente che ha (o potrebbe aver) scatenato la crisi e darà l'allarme avvisando il personale ATA di prossimità o un altro collega. Se impossibilitato a farlo di persona, individuerà prontamente, scegliendo tra altro docente presente in aula, operatore adulto o un alunno, a chi affidare il compito di dare l'allarme.

2. Il personale avvisato per primo andrà a recuperare il farmaco posto nella cassetta dei farmaci salvavita (solo per la scuola Secondaria) per assicurare tempestiva somministrazione qualora se ne raffiguri la necessità individuale. Solo in questo caso, accertato che il farmaco in dotazione appartenga al soggetto in stato di necessità e la situazione rientri nelle casistiche che ne richiedano l'uso, il personale scolastico somministrerà il farmaco o, in base ai casi specifici, lo studente procederà all'autosomministrazione.

3. I genitori, o chi ne detiene la responsabilità genitoriale, saranno chiamati tempestivamente appena possibile e prenderanno in carico lo studente al loro arrivo.

4. Il personale scolastico produrrà un report dell'eventuale somministrazione del farmaco salvavita sull'apposito registro.

Al fine di garantire la tempestiva somministrazione dei farmaci salvavita e di assicurare un'adeguata gestione degli stessi, si precisa quanto segue:

Scuola Primaria

I farmaci salvavita devono essere depositati in un luogo sicuro **all'interno delle aule** frequentate dagli alunni interessati.

I farmaci **strettamente necessari** sono custoditi presso il **plesso di Ponte Galeria**, all'interno di un **armadietto di Primo Soccorso** situato nell'**aula 2ª A**, al **piano terra**.

I farmaci che necessitano di temperatura controllata devono essere conservati nel frigorifero ubicato al piano terra dello stesso plesso.

Scuola Secondaria di I Grado

I farmaci salvavita sono custoditi in apposite **cassette**, facilmente identificabili mediante l'apposizione di uno **smile di colore verde**.



Lo stesso contrassegno sarà collocato anche **sulla porta e sulla cattedra** dell'aula in cui è inserito l'alunno che necessita del farmaco salvavita.

Ciascun farmaco è contenuto in un'apposita **busta** riportante in modo chiaro e leggibile:

- il **nome e la classe** dell'alunno;
- la **fototessera identificativa**;
- la **modulistica medica di riferimento**.

La collocazione dei farmaci nella Scuola Secondaria avviene come segue:

- **Plesso centrale dell'Istituto:** all'interno degli **armadietti di Primo Soccorso** situati **alle spalle delle postazioni dei collaboratori scolastici** su ciascuno dei tre piani dell'edificio;
- **Plesso di Ponte Galeria:** nella **sala docenti**, al **piano terra**, **sopra l'armadio** posto **sulla destra dell'ingresso**.
- I farmaci destinati al **primo soccorso** sono conservati nei punti sopra indicati e gestiti nel rispetto delle procedure interne di sicurezza sanitaria e delle disposizioni vigenti in materia.
- Per la **somministrazione di terapie farmacologiche giornaliere** in orario scolastico, come ad esempio quella insulinica, la famiglia può richiedere il servizio CAD (Centro Assistenza Domiciliare) alla competente ASL di riferimento.
- **Il Registro di Farmaci Salvavita** è un quaderno non nominativo conservato presso gli uffici di Segreteria di ogni plesso. Tutte le pagine del registro devono essere numerate. Non è permesso l'utilizzo del bianchetto nella sua compilazione e, in caso di errore, questo dovrà essere barrato (lasciando visibile il testo errato) e siglato dal compilatore. Ogni volta che si somministra un farmaco salvavita va indicato un report nel registro con: nome e cognome dello studente al quale viene somministrato il farmaco; data e ora della somministrazione; nome del farmaco (nome commerciale o principio attivo); dosaggio del farmaco; nome, cognome e firma di chi ha somministrato.

ALLEGATI

Costituiscono parte integrante del presente documento i seguenti allegati del vigente Protocollo d'Intesa tra MIUR (Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio) e la Regione Lazio:
Percorso integrato per la somministrazione dei farmaci in ambito ed orario scolastico.

Allegato 1	Richiesta al DS di somministrazione farmaco in orario scolastico
Allegato 2	Prescrizione del medico curante alla somministrazione del farmaco in ambito e in orario scolastico
Allegato 3	Scarico di responsabilità civile e penale per i somministratori di farmaci: il documento sarà prodotto dalla ASL a seguito di corso di formazione e relativa comunicazione dell'Istituto dei nomi relativi al personale scolastico che desidera riceverlo.
Sono altresì contemplati i seguenti allegati ad uso interno dell'I.C. F.lli Cervi di Roma	
Allegato 4	Disponibilità a somministrare i farmaci in orario scolastico
Allegato 5	Designazione del personale autorizzato alla somministrazione dei farmaci
Allegato 6	Modulo consegna farmaco alla scuola
Allegato 7	Modulo riconsegna farmaco alle famiglie
Allegato 8	Elenco del personale scolastico pre-autorizzato dal DS ad accompagnare lo studente in stato di necessità in ospedale (in ambulanza se autorizzato dal personale sanitario o tramite mezzo proprio o altro disponibile)

**RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti e
in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
☐ frequentante la classe..... della scuola.....
☐ frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....
nell'anno scolastico....., affetto da
e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in datadal Dott.....

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

- ☐ di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- ☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra.....
- ☐ di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- ☐ che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
- ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- ☐ B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data,_____

Numeri utili		
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....)		

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome

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

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita ain Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita
(barrare la scelta):

☐ Parziale autonomia ☐ Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....istituzione scolastica o formativa.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e profilo professionale
.....
.....

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

.....
.....
.....

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

.....
.....
.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO

.....
.....
.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

.....

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

.....

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)..... Firma (madre).....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

.....

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. F.lli Cervi

OGGETTO: DISPONIBILITÀ PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AGLI ALUNNI

Il/La sottoscritto/a _____ in
qualità di _____ dell'I.C.S. F.lli Cervi,
scuola _____, plesso _____,

CONSIDERATA

la richiesta pervenuta dei genitori dell'alunno/a _____,
della classe _____ della scuola _____,

DICHIARA

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta, ferma restando l'assenza di cognizioni specialistiche di tipo sanitario.

Roma, _____

FIRMA

DESIGNAZIONE DEL PERSONALE DOCENTE E ATA AUTORIZZATO ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI.

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'I.C. F.lli Cervi dal/i Sig(g).

per l'alunno/a _____ relativa alla
somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico, acquisitane la disponibilità, designa le
seguenti persone:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'**Allegato 2**.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Roma, _____

FIRMA

**OGGETTO: VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO SALVAVITA O INDISPENSABILE
DA SOMMINISTRARE ALL'ALUNNO/A _____**

Al fascicolo personale dell'alunno/a di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno

(Il presente verbale deve essere conservato nel fascicolo personale dell'alunno e consegnato in copia ai genitori o allo studente, se maggiorenne).

In data _____ alle ore _____, il/la Sig./Sig.ra _____

(barrare la voce corrispondente)

☐ genitore dell'alunno/a _____

☐ esercente la responsabilità genitoriale sull'alunno/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____, residente a _____,

iscritto/a alla classe _____ sez. _____ dell'Istituto Statale F.lli Cervi,

consegna all'incaricato Sig./Sig.ra _____,

un flacone nuovo ed integro del/dei seguente/i farmaco/i:

1. _____
2. _____

Riferimenti medici

Il farmaco deve essere somministrato all'alunno/a _____

come da certificazione medica e Piano Terapeutico depositati in segreteria, rilasciati in data ____
/ ____ / ____ da *(barrare la voce corrispondente)*:

☐ Servizio di Pediatria dell'Azienda USL _____

☐ Medico pediatra di libera scelta Dott./Dott.ssa _____

☐ Medico di medicina generale Dott./Dott.ssa _____

Conservazione del farmaco

Il farmaco sarà conservato, in conformità alle prescrizioni del Piano Terapeutico e del Piano di
Intervento Personalizzato, nel seguente luogo:

e con le seguenti modalità:

Impegni del genitore / esercente la responsabilità genitoriale / studente

Il sottoscritto si impegna a:

- ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico;
- consegnare una confezione nuova ed integra all'inizio del successivo anno scolastico, se necessario;
- fornire tempestivamente una nuova confezione integra qualora il medicinale venga utilizzato o scada;
- comunicare immediatamente alla scuola ogni eventuale variazione del trattamento terapeutico.

Data __/__/____

Firma dell'incaricato

Firma del genitore

OGGETTO: RICONSEGNA FARMACO RESIDUO A FINE TERAPIA/ANNO SCOLASTICO

Spett.le Genitore/Tutore Legale,

Con la presente, la scuola intende riconsegnare il farmaco specificato di seguito, precedentemente consegnato per la somministrazione al Suo/a figlio/a durante l'orario scolastico. La riconsegna avviene a seguito della conclusione dell'anno scolastico.

Dati dell'Alunno/a

Nome e Cognome dell'alunno/a _____

Scuola _____ Plesso _____ Classe/Sezione _____

Dati del Farmaco Riconsegnato

- Nome Commerciale del Farmaco: _____
- Principio Attivo: _____
- Dosaggio: _____
- Forma Farmaceutica: (es. compresse, sciroppo, gocce, inalatore, ecc.) _____
- Quantità Riconsegnata: (indicare numero di compresse, ml rimanenti, ecc.) _____
- Data di Scadenza del Farmaco: _____

Dichiarazione di Riconsegna e Presa Visione

Il/La sottoscritto/a _____ (Nome e Cognome del Genitore/Tutore Legale), genitore/tutore legale dell'alunno/a sopra indicato/a, dichiara di aver ricevuto in data odierna il farmaco specificato.

Dichiaro di essere a conoscenza delle modalità di conservazione e smaltimento del farmaco e sollevo l'istituzione scolastica da ogni responsabilità relativa alla conservazione e all'utilizzo del farmaco dopo la presente riconsegna.

Roma _____

Firma del Docente/Referente Scolastico: _____

Firma del Genitore/Tutore Legale: _____

Elenco del personale scolastico pre-autorizzato dal DS all'interruzione di servizio per accompagnare lo studente in stato di necessità in ospedale (in ambulanza se autorizzato dal personale sanitario o tramite mezzo proprio o altro disponibile) per l'intero anno scolastico 2025/2026

Cognome e Nome	Ruolo	Plesso

Roma, _____

**Il Dirigente Scolastico
Prof. Stefano Colucci**

Registro individuale per la somministrazione dei farmaci

Anno scolastico: _____

Nome e Cognome dell'allievo/a: _____

Classe/sezione _____

Tipo di somministrazione (occasionale, quotidiano, di emergenza): _____

Denominazione del farmaco: _____

Scadenza: _____

Luogo di conservazione: _____

Data somministrazione	ora	Nome e cognome somministratore	Firma somministratore	Note ed informazioni utili

