

## PROTOCOLLO DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Le famiglie i cui figli necessitano della somministrazione di farmaci indispensabili e/o salvavita, durante la permanenza a scuola, sono tenute a consegnare personalmente in Segreteria negli orari di ricevimento:

- la prescrizione rilasciata dal Pediatra,
- o, se l'alunno è seguito dal medico di base, la prescrizione rilasciata dalla Pediatria di Comunità,

accompagnata dalla richiesta al Dirigente Scolastico (Allegato 1), compilata in tutte le sue parti. Una volta ricevuta l'autorizzazione del Dirigente Scolastico, la famiglia compilerà, in duplice copia e in tutte le sue parti, "il Verbale consegna farmaci" (Allegato 2), e provvederà a consegnare le due copie del suddetto modulo e i medicinali in elenco al personale scolastico del plesso deputato al ritiro.

**ALLEGATO 1**

**RICHIESTA ALL'ISTITUTO COMPRENSIVO 1 DI BOLOGNA  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI/SPECIFICHE ATTIVITÀ  
A SUPPORTO DI ALCUNE FUNZIONI VITALI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO  
(IN CASO DI ALUNNO/A MINORENNE)**

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo N. 1  
di Bologna

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 scolastico 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/specifiche  
attività a supporto di alcune funzioni vitali come da autorizzazione medica allegata  
.....  
.....  
nei seguenti giorni ed orari:  
.....

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato il farmaco / effettuata specifica attività a supporto di alcune funzioni  
vitali in orario scolastico come da autorizzazione medica allegata.

In fede

*Firma del genitore o di chi ne fa le veci*

.....  
Bologna, .....



**ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO N. 1**  
**Scuola dell'Infanzia – Primaria e Secondaria di 1° grado**  
 Via De Carolis, 23 – 40133 – Bologna C.M. boic808009  
 Tel. 051/56 84 84 – 051/6193303 - C.F. 91153320378  
 e-mail: [boic808009@istruzione.it](mailto:boic808009@istruzione.it); [boic808009@pec.istruzione.it](mailto:boic808009@pec.istruzione.it)

## ALLEGATO 2

### VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA INDISPENSABILE (1)

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
 genitore dell'alunno/a .....  
 frequentante la classe ..... della scuola ..... consegna al  
 personale scolastico deputato al ritiro dei farmaci, i seguenti medicinali nuovi e integri (2):

Nome medicinale	Scadenza medicinale	Dose da somministrare

come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott..... (2) dalla Ausl .....(2)  
 da somministrare al/alla bambino/a in caso di (2) .....

Il genitore:

autorizza il personale della scuola a somministrare il/i farmaco/i .

provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici (2):

.....

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

Il genitore

I docenti

.....

- 1) Contrassegnare la voce di interesse
- 2) Indicare