



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE



Via Aldo Moro s.n.c. - 85055 PICERNO (PZ) - Tel/Fax 0971995087

Sito: [www.icpicerno.edu.it](http://www.icpicerno.edu.it) Email: [pzic86200e@istruzione.it](mailto:pzic86200e@istruzione.it) PEC: [pzic86200e@pec.istruzione.it](mailto:pzic86200e@pec.istruzione.it)

Al Personale Docente Al  
Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

Alunno/a ..... classe .....  
scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
dai genitori ..... per  
il/la figlio/a .....  
relativa alla somministrazione del farmaco **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il  
farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Firmare conferma della disponibilità

Personale Docente:	
nome e cognome	firma

Personale ATA:	
nome e cognome	firma

Luogo e data .....

Il Dirigente Scolastico  
*Vincenzo Vasti*



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE



Via Aldo Moro s.n.c. - 85055 PICERNO (PZ) - Tel/Fax 0971 995087  
Sito: [www.icpicerno.edu.it](http://www.icpicerno.edu.it) Email: [pzic86200e@istruzione.it](mailto:pzic86200e@istruzione.it) PEC: [pzic86200e@pec.istruzione.it](mailto:pzic86200e@pec.istruzione.it)

Al Personale Docente Al  
Personale ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **indispensabile**

Alunno/a ..... classe .....  
scuola .....

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,  
dai genitori ..... per  
il/la figlio/a .....  
relativa alla somministrazione del farmaco **indispensabile**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare  
il farmaco secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale..... da somministrare ogni giorno alle ore ..... all'alunno/a nella dose di ..... come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente.
- Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da:

.....  
.....

Luogo e Data .....

Firma per conferma della disponibilità:

Personale Docente:	
nome e cognome	firma

Personale ATA:	
nome e cognome	firma

Il Dirigente Scolastico  
*Vincenzo Vasti*



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE



Via Aldo Moro s.n.c. - 85055 PICERNO (PZ) - Tel/Fax 0971 995087

Sito: [www.icpicerno.edu.it](http://www.icpicerno.edu.it) Email: [pzic86200e@istruzione.it](mailto:pzic86200e@istruzione.it) PEC: [pzic86200e@pec.istruzione.it](mailto:pzic86200e@pec.istruzione.it)

## VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data ..... alle ore ..... la/il sig. ....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola ..... consegna agli  
insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale .....  
da somministrare all'alunno/a in caso di ..... nella dose  
..... come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata alla  
presente, rilasciata in data ..... dal dott. ....

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco, sollevandolo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- 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:

.....

n. pediatra .....

Luogo ..... lì .....

Il genitore

Gli insegnanti

.....

.....

.....

Il Dirigente Scolastico

*Vincenzo Vasti*



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE



Via Aldo Moro s.n.c. - 85055 PICERNO (PZ) - Tel/Fax 0971 995087

Sito: [www.icpicerno.edu.it](http://www.icpicerno.edu.it) Email: [pzic86200e@istruzione.it](mailto:pzic86200e@istruzione.it) PEC: [pzic86200e@pec.istruzione.it](mailto:pzic86200e@pec.istruzione.it)

## VERBALE CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data ..... alle ore ..... il/la sig. ....  
genitore dell'alunno/a .....  
frequentante la classe ..... della scuola ..... consegna  
agli insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale..... da somministrare  
all'alunno/a ogni giorno alle ore ..... nella dose ..... come da certificazione medica  
consegnata in segreteria e in copia allegata alla presente, rilasciata in data ..... dal dott.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco, sollevandolo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- 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:

.....

n. pediatra .....

Luogo ..... lì .....

Il genitore

Gli insegnanti

.....

.....

.....

Il Dirigente Scolastico

*Vincenzo Vasti*



# ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE



Via Aldo Moro s.n.c. - 85055 PICERNO (PZ) - Tel/Fax 0971 995087

Sito: [www.icpicerno.edu.it](http://www.icpicerno.edu.it) Email: [pzic86200e@istruzione.it](mailto:pzic86200e@istruzione.it) PEC: [pzic86200e@pec.istruzione.it](mailto:pzic86200e@pec.istruzione.it)

## RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti .....  
 genitori di ..... nato a ..... il .....  
 residente a ..... in via .....  
 frequentante la classe ..... della Scuola ..... sita  
 a ..... in Via .....  
 essendo il minore effetto 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 (i dati sensibili sono i dati idonei a  
 rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo e Data .....

Firma dei genitori o di chi ne esercita la potestà

.....

Numeri di telefono utili:

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

Genitori .....

Il Dirigente Scolastico

*Vincenzo Vasti*