



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
ISTITUTO COMPRENSIVO DI BORGOSATOLLO  
con sezioni di scuola dell'infanzia, classi primaria e secondaria di 1° grado  
via Roma 42 - 25010 Borgosatollo (BS) tel.030/2501557 Fax 030/2508868  
sito internet <http://www.istitutocomprensivoborgosatollo.gov.it>  
Codice Fiscale 98040230173 Codice Meccanografico BSIC84600P - Distretto 41

(mod. P.04/A)

A TUTTI I GENITORI

### OGGETTO: SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Come esplicitato nel "Protocollo per la somministrazione di farmaci e la gestione di interventi connessi a patologie croniche a scuola", si informa che la somministrazione di un farmaco a scuola riguarda patologie croniche o episodi acuti che si possono presentare e che prevedono l'assunzione di farmaci INDISPENSABILI e/o SALVAVITA (es. epilessia, diabete, crisi asmatiche, reazioni allergiche o altro da valutare); inoltre deve essere accertato che tale somministrazione non possa avvenire al di fuori dell'orario scolastico.

Da parte degli operatori scolastici CHE DIANO LA LORO DISPONIBILITA' VOLONTARIAMENTE, previa "formazione in situazione", possono essere somministrati solamente farmaci somministrabili anche in ambiente domestico principalmente per via orale, aerosol e simili; la somministrazione di farmaci per via parenterale è prevista solo in caso di urgenza.

Al fine di evitare incongrue somministrazioni di farmaci in ambito scolastico si ritiene necessario regolamentare i percorsi d'intervento secondo una specifica procedura interna.

Il genitore è tenuto a presentare richiesta di somministrazione del farmaco, allegata da prescrizione rilasciata dal Medico Curante dalla quale si evinca:

- l'assoluta necessità;
- la non discrezionalità nella somministrazione (per quanto concerne i tempi, la posologia, la modalità di somministrazione, la conservazione del farmaco).

I moduli di richiesta sono reperibili presso la segreteria scolastica o il proprio Medico curante.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
(Malandrino Aurora)

Da restituire al coordinatore di classe o docente di riferimento solo in presenza di necessità di somministrazione farmaci a scuola.

Il sottoscritto ..... genitore dell'alunno  
..... frequentante la classe ..... della scuola  
..... dell' I.C. di Borgosatollo

#### DICHIARA

che il proprio figlio è affetto da ..... e necessità della somministrazione indispensabile di farmaci in orario scolastico.

In ottemperanza alla normativa, si impegna a depositare presso la segreteria dell'I.C. di Borgosatollo – servizio alunni – adeguata documentazione medica. Dopo aver espletato tale operazione provvederà a fornire il farmaco al coordinatore di classe / docente di riferimento per la relativa conservazione fino al termine delle lezioni.

Firma



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**ISTITUTO COMPRENSIVO DI BORGOSATOLLO**  
con sezioni di scuola dell'infanzia, classi primaria e secondaria di 1° grado  
via Roma 42 - 25010 Borgosatollo (BS) tel.030/2501557 Fax 030/2508868  
sito internet <http://www.istitutocomprensivoborgosatollo.gov.it>  
Codice Fiscale 98040230173 Codice Meccanografico BSIC84600P - Distretto 41

Prot. N.  
Del.

(Mod. P.04/D)

**LIBERATORIA PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**  
**(da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a**  
**e da consegnare presso la segreteria dell'I.C. Borgosatollo)**

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
genitori /esercitanti la potestà genitoriale dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_ essendo il minore  
affetto da \_\_\_\_\_ e constatata l'assoluta  
necessità,

**CHIEDONO** la somministrazione indispensabile ed indifferibile in ambito scolastico ed orario compreso nel normale orario di frequenza scolastica dello/a studente (ivi comprese uscite didattiche, viaggi d'istruzione, progetti svolti con il gruppo classe, ...) dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Eventuali reazioni che insorgessero a seguito della somministrazione, essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica, non potranno essere attribuite a chi si è fatto carico della stessa e si solleva detto personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione.

Il farmaco sarà conservato (specificare luogo e modalità di conservazione del farmaco, per es. nel frigorifero dell'infermeria, nello zaino, in un apposito contenitore rigido, ...):

- dalla scuola \_\_\_\_\_  
 dall'alunno \_\_\_\_\_

Nel caso in cui il farmaco sia conservato dall'alunno, i genitori sollevano la scuola da qualsiasi responsabilità inerente la custodia dello stesso (come rottura accidentale della confezione, smarrimento, controllo della scadenza, ect.)



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**ISTITUTO COMPRENSIVO DI BORGOSATOLLO**  
con sezioni di scuola dell'infanzia, classi primaria e secondaria di 1° grado  
via Roma 42 - 25010 Borgosatollo (BS) tel.030/2501557 Fax 030/2508868  
sito internet <http://www.istitutocomprensivoborgosatollo.gov.it>  
Codice Fiscale 98040230173 Codice Meccanografico BSIC84600P - Distretto 41

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone) .

SI  NO

Borgosatollo, li \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o esercenti la patria potestà

\_\_\_\_\_  
Prot. N.  
Del.

\_\_\_\_\_  
(Mod. P.04/E)



Ministero dell'Istruzione  
**ISTITUTO COMPRENSIVO DI BORGOSATOLLO**  
con sezioni di scuola dell'infanzia, classi primaria e secondaria di 1° grado  
via Roma 42 - 25010 Borgosatollo (BS) tel.030/2501557 Fax 030/2508868  
e-mail [bsic84600p@istruzione.it](mailto:bsic84600p@istruzione.it) [bsic84600p@pec.istruzione.it](mailto:bsic84600p@pec.istruzione.it)  
sito internet <http://www.istitutocomprensivoborgosatollo.edu.it>  
Codice Fiscale 98040230173 Codice Meccanografico BSIC84600P



Allegato n. 3

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA  
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**SI PRESCRIVE**  
LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE  
NON SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A

Cognome.....Nome.....

Data di nascita.....Residente a.....

in via.....Telefono.....

Classe.....della Scuola.....

Sita a.....in via.....

Dirigente Scolastico.....

Del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....

Dose.....

Orario.....Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico).....

Dal.....al.....

Terapia di mantenimento.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata) .....

Modalità di conservazione del farmaco.....

Note.....  
.....

Data

Timbro e firma del medico



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**ISTITUTO COMPRENSIVO DI BORGOSATOLLO**  
con sezioni di scuola dell'infanzia, classi primaria e secondaria di 1° grado  
via Roma 42 - 25010 Borgosatollo (BS) tel.030/2501557 Fax 030/2508868  
sito internet <http://www.istitutocomprensivoborgosatollo.gov.it>  
Codice Fiscale 98040230173 Codice Meccanografico BSIC84600P - Distretto 41

Prot. N.

del

C.a. Dirigente scolastico dell'I.C. di Borgosatollo

Borgosatollo, .....

**OGGETTO: Richiesta di accesso ai locali per somministrazione farmaci**

I sottoscritti .....  
genitori dell'alunno ..... frequentante la scuola ..... classe .....

**CHIEDONO**

di poter accedere/far accedere ai locali scolastici il loro delegato ..... (si  
allega documento d'identità), nei seguenti orari scolastici.....  
al fine di somministrare la terapia al quale il proprio figlio è sottoposto.

Inoltre, si impegnano a fornire i farmaci e la prescrizione medica recante la necessità di somministrazione a scuola con posologia e modalità.

In attesa di riscontro,

Distinti saluti

Firma dei genitori