



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*  
Ufficio Regionale per la Lombardia  
**COMPRESIVO "ADA NEGRI"**  
Via n. 3 - 20020 MAGNAGO (MI)  
Tel. 0331658080  
Codice Fiscale: 93018880158  
Codice Meccanografico MIIC84200D  
E-mail: [MIIC84200D@istruzione.it](mailto:MIIC84200D@istruzione.it)  
PEC: [MIIC84200D@pec.istruzione.it](mailto:MIIC84200D@pec.istruzione.it)  
Sito: [www.icadanegri.gov.it](http://www.icadanegri.gov.it)



## PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

- VISTI** gli artt. 3, 32, 33 e 34 e 120 della Costituzione della Repubblica Italiana;
- VISTI** gli artt. 2043, 2047 e 2048 del Codice Civile - Regio Decreto 16 marzo 1942, n. 262;
- VISTI** gli artt. 40, 589, 590, 591 e 593 del Codice penale - Regio Decreto del 19 ottobre 1930, n. 1398;
- VISTO** il D.lgs 9 aprile 2008, n. 81, *"Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"*;
- VISTO** il D.lgs del 3 agosto 2009, n. 106 *"correttivo"*;
- VISTA** la L. 5 febbraio 1992, n. 104 *"Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate"*;
- VISTA** la Nota MIUR prot. n. 2312/Dip/Segr *"Somministrazione farmaci in orario scolastico"*;
- VISTA** la Circolare Ministeriale n. 321 del 10 ottobre 2017 *"Somministrazione di farmaci salvavita e/o farmaci indispensabili"*;
- VISTO** che gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del D.lgs n. 626/94;
- CONSIDERATA** la sentenza del TAR Campania - Napoli, sez. IV, sentenza n. 2788 del 01 giugno 2016
- CONSIDERATA** la sentenza del TAR Sardegna, n. 2018 del 22 giugno 2011;
- CONSIDERATA** la sentenza del Tribunale di Roma, sezione lavoro, sentenza n. 2779 del 28 febbraio 2002;
- CONSIDERATA** la delibera n. 112 del 20 febbraio 2012 della Regione Toscana che al momento rappresenta un importante riferimento normativo, recependo l'Accordo di collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale siglato a seguito dell'Atto di Raccomandazioni del 25.11.2005, a firma dei Ministri dell'Istruzione e della Salute *pro tempore*;
- CONSIDERATA** la Rilevazione ISTAT-MIUR (decreto direttoriale n.14/I del 11 settembre 2012);
- Tutto quanto sopra visto e considerato e**
- PREMESSO** che il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca e il Ministero della Salute hanno emanato, in data 25/01/2005, le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico;
- PREMESSO** che la somministrazione di farmaci in ambito scolastico è riservata esclusivamente alle situazioni per le quali il medico curante valuta l'assoluta necessità di assunzione del farmaco nell'arco temporale in cui l'alunno frequenta la scuola (orario scolastico);
- PREMESSO** che la somministrazione del farmaco può essere prevista in modo programmato, per la cura di particolari patologie croniche, o al bisogno, in presenza di patologie che possano manifestarsi con sintomatologia acuta;
- PREMESSO** che a scuola la somministrazione di farmaci può avvenire solo quando non sono richieste al somministratore cognizioni specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica;

- PREMESSO** che la richiesta di autorizzazione alla somministrazione di farmaci inoltrata dalla famiglia al Dirigente Scolastico ha validità per l'anno scolastico in corso e deve essere rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico (anche per eventuale proroga);
- PREMESSO** che il Consiglio di Istituto in data 30/10/2023 Ottobre 2023 con delibera n. 97 ha modificato il Regolamento d'Istituto con contestuale adozione anche del presente Protocollo per la somministrazione dei farmaci a scuola,

### SI DISPONE

il seguente PROTOCOLLO in cui si declinano i compiti e le responsabilità delle parti interessate: famiglia, medico curante e istituzione scolastica.

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LA FAMIGLIA</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>• richiede al Dirigente Scolastico l'autorizzazione alla somministrazione, in orario scolastico, da parte del personale scolastico, del farmaco indicato dal medico curante. (Allegato 1) o da parte dei genitori stessi o loro delegati (Allegato 4);</li><li>• autorizza espressamente il personale scolastico alla somministrazione in orario scolastico del farmaco indicato dal medico curante sollevando la Scuola da ogni responsabilità sia per eventuali errori nella pratica di somministrazione che per le conseguenze sul minore (Allegato 1);</li><li>• fornisce alla Scuola, in confezione integra, esclusivamente i farmaci indicati dal medico curante (Allegato n. 5).</li><li>• comunica alla Scuola con tempestività eventuali variazioni di terapia, seguendo la medesima procedura.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>IL MEDICO CURANTE</b>        | <ul style="list-style-type: none"><li>• rilascia il certificato (Allegato 3) in cui si richiede la somministrazione di farmaci a scuola solo in assoluto caso di necessità;</li><li>• indica che la somministrazione del farmaco non deve richiedere discrezionalità nella posologia, nei tempi e nelle modalità;</li><li>• indica la modalità di conservazione del farmaco;</li><li>• indica la fattibilità della manovra di somministrazione da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;</li><li>• indica le problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o gli eventuali effetti indesiderati dello stesso, pregiudizievoli per la salute del minore</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• valuta l'ammissibilità della richiesta e acquisisce la disponibilità del personale scolastico alla somministrazione dei farmaci in orario scolastico. (Allegato 2);</li><li>• individua il luogo idoneo per la conservazione del farmaco;</li><li>• individua il luogo in cui effettuare la somministrazione del farmaco;</li><li>• promuove incontri con il Medico curante (Allegato n. 6), la Famiglia e la Scuola al fine di chiarire in maniera più analitica e approfondita i seguenti punti:<ul style="list-style-type: none"><li>- la patologia e le sue manifestazioni;</li><li>- la fattibilità della somministrazione del farmaco e della eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;</li><li>- la non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;</li><li>- la presa d'atto della certificazione medica;</li><li>- le eventuali modalità di spostamento del bambino o della bambina dall'aula ad altro locale scolastico in caso di emergenza;</li><li>- l'indicazione dell'ordine di priorità delle seguenti operazioni, in caso di necessità: intervento di soccorso, chiamata al 112, numero di emergenza Unico Europeo, chiamata alla famiglia;</li><li>- individua e autorizza, con apposita nomina (Allegato n. 7), il personale docente e non docente, disponibile alla somministrazione del farmaco.</li></ul></li></ul> |

**1. Modalità di somministrazione di farmaci per  
terapie farmacologiche programmate da parte dei genitori o di loro delegati**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LA FAMIGLIA</b>              | <ul style="list-style-type: none"><li>• i genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui indicano nome e cognome dell'alunno;</li><li>• precisano la patologia di cui soffre l'alunno;</li><li>• comunicano il nome commerciale del farmaco;</li><li>• chiedono che, in caso di necessità, il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;</li><li>• autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;</li><li>• allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, posologia, modalità e tempi di somministrazione, eventuale piano d'azione);</li><li>• forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.</li></ul> |
| <b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• il Dirigente Scolastico, acquisita la certificazione del medico curante, concede l'autorizzazione all'accesso ai locali dell'istituto durante l'orario di scuola ai genitori degli alunni o ai loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;</li><li>• il Referente di plesso individua il luogo fisico per la terapia da effettuare.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

**2. Modalità di somministrazione / auto somministrazione di terapia farmacologica programmata o di farmaci per particolari patologie acute da parte di personale della scuola**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LA FAMIGLIA</b>              | <p>I genitori inoltrano una richiesta al Dirigente Scolastico in cui:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• indicano nome e cognome dell'alunno;</li><li>• precisano la patologia di cui soffre l'alunno;</li><li>• comunicano il nome commerciale del farmaco;</li><li>• chiedono che, in caso di necessità il farmaco venga somministrato dal personale scolastico;</li><li>• autorizzano il personale scolastico a somministrare il farmaco in caso di necessità;</li><li>• allegano Certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, posologia, modalità e tempi di somministrazione, eventuale piano d'azione);</li><li>• forniscono il farmaco, che dovrà essere consegnato agli operatori scolastici interessati in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso. Il farmaco sarà conservato a scuola per la durata dell'anno scolastico.</li></ul> |
| <b>L'ISTITUZIONE SCOLASTICA</b> | <p>Il Dirigente Scolastico, a seguito della richiesta scritta da parte della famiglia di somministrazione farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• verifica la disponibilità degli operatori scolastici a garantire la somministrazione di farmaci. (Gli operatori scolastici sono individuati possibilmente tra il personale che abbia seguito corsi di Primo Soccorso);</li><li>• individua il luogo fisico per la conservazione del farmaco;</li><li>• garantisce la corretta conservazione del farmaco;</li><li>• prende atto della disponibilità del personale alla somministrazione di farmaci.</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

*Il presente protocollo è pubblicato sul sito web della scuola ai sensi e per gli effetti del D.lgs n. 33/2013 e ss.ii.mm.*

**Oggetto:** Richiesta e autorizzazione somministrazione di farmaci da parte di personale della scuola in orario scolastico.

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

☐ Genitore

☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante nell'a. s. \_\_\_\_/\_\_\_\_

la Scuola: ☐ dell'Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria

Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

Che sia somministrato al minore sopra indicato il/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata, per la seguente patologia: \_\_\_\_\_

#### AUTORIZZA

il personale della scuola ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando lo stesso da responsabilità civili e penali derivanti sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore e si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente qualunque cambiamento del piano terapeutico.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante conforme all'Allegato 3**

**Numeri di telefono:**

Medico Curante, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri di telefono:**

madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_

Altri numeri utili \_\_\_\_\_

In fede.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma madre \_\_\_\_\_

Firma padre: \_\_\_\_\_

**Oggetto: Disponibilità del personale scolastico alla somministrazione di farmaci in orario scolastico.**

**VISAO** la richiesta della famiglia (Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_) per la somministrazione in orario scolastico di farmaci dell'alunno/a \_\_\_\_\_;

**VISTO** il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**CONSIDERATO** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità nei dosaggi;

**VISTA** l'assoluta necessità della somministrazione di terapie farmacologiche in orario scolastico o per patologie acute;

**VISTA** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

**Si fornisce formale disponibilità alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.**

| Cognome e nome | Indicare se docente o ATA | Firma per disponibilità |
|----------------|---------------------------|-------------------------|
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |
|                |                           |                         |

alla somministrazione del/i farmaco/i indicato/i nella certificazione medica allegata.

**Il Dirigente Scolastico**

---

**DICHIARAZIONE MEDICO CURANTE**

Il minore (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

**Necessita della somministrazione di farmaci in ambito scolastico.**

Le indicazioni per la somministrazione del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i** \_\_\_\_\_

Si dichiara

- che per la somministrazione del suddetto farmaco non sono richieste specifiche competenze di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica
- che, pertanto, non è imputabile né ai singoli operatori, né alla scuola alcuna responsabilità per eventuali errori nella manovra di somministrazione e per le conseguenze sanitarie sul minore anche in caso di eventuali effetti indesiderati;

**modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)**

---

---

---

**durata della terapia** *(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)*

---

---

---

**Luogo e data** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

**timbro e firma del medico**

---

**Oggetto: Richiesta e autorizzazione somministrazione ( o auto somministrazione) di farmaci (da parte dei genitori o di loro delegati) in orario scolastico.**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di

☐ Genitore

☐ Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di

(Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e frequentante nell'a. s. \_\_\_\_/\_\_\_\_

la Scuola: ☐ dell'Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria

Classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

☐ L'autorizzazione ad accedere ai locali della scuola adibiti alla somministrazione del/i farmaco/i al minore sopra indicato, coerentemente alla certificazione medica allegata;

☐ L'autorizzazione all'auto somministrazione del farmaco (da parte dell'alunno)

**\*\*\*Eventuale Delega**

Il sig. \_\_\_\_\_ di cui si allega copia di documento di riconoscimento e accettazione dell'incarico alla somministrazione, è delegato ad effettuare in mia vece la somministrazione di cui sopra.

A tal fine si allega **certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante con l'indicazione del farmaco e della terapia** (Allegato n. 3).

**Numeri di telefono:**

Medico Curante, Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri di telefono:**

madre \_\_\_\_\_ padre \_\_\_\_\_

**Altri numeri utili** \_\_\_\_\_

\*Nel caso firmi un solo genitore, questi dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la responsabilità genitoriale.

In fede,

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma madre \_\_\_\_\_

Firma padre: \_\_\_\_\_

## VERBALE CONSEGNA FARMACO

**VISTA** la richiesta della famiglia (Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_) per la somministrazione in orario scolastico di farmaci all'alunno/a \_\_\_\_\_;

**VISTO** il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**CONSIDERATO** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

**VISTA** l'assoluta necessità della somministrazione di terapie farmacologiche in orario scolastico o per patologie acute;

**VISTA** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

si mette agli atti con il presente verbale che, in data \_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_ presso l'istituzione scolastica "A. Negri", plesso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ viene consegnato dai genitori dell'alunno \_\_\_\_\_ il/i seguente/i farmaco/i:

- \_\_\_\_\_ con data di scadenza \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_ con data di scadenza \_\_\_\_\_;
- \_\_\_\_\_ con data di scadenza \_\_\_\_\_;

Le confezioni dei farmaci sono integre e gli stessi, ricevuti dall'insegnante \_\_\_\_\_.

Gli stessi vengono conservati, in sicurezza e fuori dalla portata dei bambini, all'interno di una scatola ispezionabile e rapidamente raggiungibile riposta \_\_\_\_\_.

I genitori si impegnano:

- a fornire alla scuola una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato o scaduto;
- a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo e data \_\_\_\_\_,

Firma madre \_\_\_\_\_ \*

Firma padre: \_\_\_\_\_ \*

\*Nel caso firmi un solo genitore, questi dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la responsabilità genitoriale.

Firma dell'insegnante

\_\_\_\_\_

**VERBALE INCONTRO DI FORMAZIONE/INFORMAZIONE**

**VISTA** la richiesta della famiglia (Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_) per la somministrazione in orario scolastico di farmaci all'alunno/a \_\_\_\_\_;

**VISTO** il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**CONSIDERATO** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

**VISTA** l'assoluta necessità della somministrazione di terapie farmacologiche in orario scolastico o per patologie acute;

**VISTA** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

in data \_\_\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_ presso l'istituzione scolastica "A. Negri",  
plesso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

si è svolto l'incontro formativo/informativo alla presenza:

- del Medico curante, dott./dott.ssa \_\_\_\_\_
- del/la sig./ra \_\_\_\_\_ madre/padre  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_;
- del seguente personale docente e non docente:

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

finalizzato all'acquisizione di informazioni più dettagliate circa i seguenti punti:

- la presa d'atto della certificazione medica;
- la patologia e le sue manifestazioni;
- la tipologia di farmaco e la fattibilità delle idonee modalità di somministrazione dello stesso;
- l'eventuale manovra di soccorso da parte del personale scolastico privo di competenze sanitarie;
- la non richiesta di discrezionalità da parte del personale scolastico che interviene riguardo a: posologia, tempi e modalità;
- l'assenza di conseguenze sanitarie sul minore in caso di possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione, anche in caso di eventuali effetti indesiderati;



NOMINA PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI

**VISTA** la richiesta della famiglia (Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_) per la somministrazione in orario scolastico di farmaci all'alunno/a \_\_\_\_\_;

**VISTO** il Protocollo dell'Istituto per la somministrazione di farmaci a scuola;

**CONSIDERATO** che il farmaco può essere somministrato, come espressamente indicato nel certificato medico, senza il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica;

**VISTA** l'assoluta necessità della somministrazione di terapie farmacologiche in orario scolastico o per patologie acute;

**VISTA** la dichiarazione formale della famiglia a non imputare alla Scuola alcuna responsabilità sia per eventuali errori nella pratica della manovra di somministrazione sia per le conseguenze sanitarie sul minore;

**VISTO** l'Allegato 3 in cui il medico curante solleva la scuola e il personale delegato alla somministrazione del farmaco da ogni responsabilità penale e civile da essa derivante.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DELEGA**

L'insegnante / ATA \_\_\_\_\_ alla somministrazione della  
terapia in caso di necessità del farmaco \_\_\_\_\_  
secondo le prescrizioni mediche allegate che di seguito si sintetizzano:

---

---

---

**Il Dirigente Scolastico**

---