

## Allegato 1

*Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)*

Al Dirigente Scolastico  
della Scuola Secondaria di Primo Grado "G.A. Cesareo"  
Palermo

I sottoscritti ..... in qualità di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale) di .....nato/a .....a.....il.....e frequentante nell'anno scolastico 2022/2023 la classe.....

### CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine, autorizzano:

- ✓ Il personale dell'Istituto alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico, consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento
- ✓ Il minore stesso alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'Allegato 2.

Si allega:

- ✓ Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- ✓ Allegato 2 – *(Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico)*

Numeri di telefono utili: Medico Curante... ...../Genitori  
.....

Palermo, .... / .... / .... Firma .....

**Allegato 2**

**Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico (da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)**

**Al Dirigente Scolastico  
della Scuola Secondaria di Primo Grado "G.A. Cesareo"  
Palermo**

**Il minore**

.....nato il .....

**Residente a .....**

**frequentante codesto Istituto scolastico è affetto da:**

.....

**Pertanto, necessita della**

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico**
- definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario**

**Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:**

✓ **Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo**.....

✓ **Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)**

.....  
.....

✓ **Modalità di conservazione del farmaco**

.....  
.....

✓ **Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)**

.....

**È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno: SI  NO**

**Data, .....**

**timbro e firma del medico**

**Recapito in caso di emergenza: .....**

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare in orario scolastico *(da caricare, a cura della Segreteria dell'Istituto, sul Protocollo Riservato)*

Al Dirigente  
Scolastico della Scuola Secondaria di Primo Grado  
"G.A. Cesareo"  
Palermo

In data ..... alle ore ..... i sottoscritti ..... in qualità  
di Genitori (o anche Il sottoscritto in qualità di Soggetto che esercita la potestà genitoriale)  
dell'alunno/a (indicare le iniziali)..... frequentante la  
classe..... consegnano nelle mani  
di una ed integra del farmaco  
confezione nuova ed integra del farmaco

.....  
da  
somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e certificate dal personale  
medico nell'Allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

I genitori:

- ✓ autorizzano il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- ✓ provvederanno a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- ✓ comunicheranno immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....  
.....

Il Dirigente Scolastico .....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori .....

Si allega:

- ✓ copia dell'Allegato 2 - *Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico)*

Palermo, ..... Firma dei genitori.....