



IC Carano Mazzini
Gioia del Colle



Authorised Centre



Erasmus+

Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7

70023 Gioia del Colle (Bari)

Tel. 0803481521- Fax.0803484873

C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726

SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it

MAIL: BAIC82800G@istruzione.it

PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



MODULISTICA



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



Allegato A RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti _____
genitori di _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____
Plesso _____ in Via _____

Essendo il minore affetto da _____ e
constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei
farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal
dott. _____.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e Regolamento UE 2016/679
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data _____ il _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



Allegato B/1 DISPOSIZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO
SALVAVITA

Al Personale Docente Al Personale ATA

Oggetto: disposizione piano di azione per somministrazione farmaco salvavita all'alunno/a
_____ frequentante la classe _____ scuola
_____ plesso _____

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,
dal/i Sig. _____
per il/la figlio/a _____

relativa alla somministrazione del farmaco salvavita, il Dirigente Scolastico

dispone

la somministrazione del farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione.

Luogo e Data _____ il _____

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



**Allegato C/1 - DISPOSIZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO
INDISPENSABILE**

Al Personale Docente Al Personale ATA

Oggetto: disposizione piano di azione per somministrazione farmaco indispensabile

all'alunno/a frequentante la classe

scuola

A seguito della richiesta inoltrata, presso la direzione dell'Istituto,

dal/i Sig.

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione del farmaco indispensabile, il Dirigente Scolastico dispone la somministrazione del farmaco secondo il seguente piano di azione:

- 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 (1).
- Il medicinale sarà conservato in luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione (2):
- Il medicinale sarà somministrato all'alunno da (3):

.....
.....

Luogo e Data il

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Il Personale incaricato (firma):

- (1) Al momento della consegna sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto
- (2) Indicare il luogo della custodia
- (3) Indicare il nominativo del personale incaricato e le eventuali sostituzioni



IC Carano Mazzini
Gioia del Colle



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



Allegato B/2 - VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA

In data _____ alle ore _____ la/il sig _____
genitore dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ della
sede _____ di via _____ consegna a _____
una confezione nuova ed integra del farmaco _____
da somministrare all'alunno/a in caso di _____ (indicare l'evento)
nella dose _____ come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata
alla presente, rilasciata in data _____ dal dott. _____ secondo le modalità
concordate e certificate dal personale medico nella documentazione allegata alla domanda di
somministrazione inoltrata dai genitori, consegnata in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale 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;
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

Luogo e Data _____ il _____

Il genitore

Il personale della scuola



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



Allegato C/2 VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE INDISPENSABILE

In data alle ore la/il sig.

genitore dell'alunno/a
.....

frequentante la classe della scuola

consegna a una confezione nuova e integra del medicinale
..... da

somministrare al/alla bambino/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 e solleva lo stesso personale 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;
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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

.....

Luogo e Data il

Il genitore

.....

.....

Il personale della scuola

.....

.....



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



Allegato D RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via
frequentante la classe della Scuola
sita a in Via

Essendo il minore affetto 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 solleva 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 il

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



Allegato E- RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE A DOMICILIO IN ORARIO SCOLASTICO
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti _____
genitori di _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____
frequentante la classe _____ della Scuola _____
Plesso _____ in Via _____

Essendo il minore affetto da _____ e
constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in orario scolastico di farmaci **DA EFFETTUARSI A PROPRIO DOMICILIO CON SUCCESSIVO RIENTRO A SCUOLA**, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data _____ dal dott. _____.

La documentazione medica dovrà contenere, oltre all'esigenza di somministrazione, anche le informazioni utili al personale scolastico per una eventuale necessità di attivazione della procedura di azione da parte della scuola (in quale circostanza la scuola dovrà contattare la famiglia per attivare la procedura di somministrazione).

Inoltre, la documentazione dovrà indicare le eventuali azioni di sorveglianza e osservazione che il personale dovrà realizzare al rientro del minore a scuola.

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 e Regolamento UE 2016/679 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)

Luogo e Data _____ il _____

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____



IC Carano Mazzini
Gioia del Colle



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



Allegato F

Al Dirigente Scolastico
dell'IC Carano-Mazzini
di Gioia del Colle (BA)

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a _____ docente / personale ATA in servizio all'IC
Carano-Mazzini presso la sede _____ di via
_____, considerata la richiesta dei genitori
dell'alunno _____ della classe _____

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella
documentazione medica prodotta.

FIRMA



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



Allegato G

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

- A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'IC Carano-Mazzini di Gioia del Colle dal/i Sig. _____ per il/la figlio/a _____ relativa alla somministrazione di farmaci,
- Vista la documentazione presentata alla scuola
- Acquisita la disponibilità del personale
- Viste le Linee guida del 25/11/2005

il Dirigente Scolastico designa, ai fini della somministrazione farmaci all'alunno in premessa e secondo le disposizioni mediche allegate alla richiesta, il personale di seguito elencato:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

IL Dirigente Scolastico
Prof. Leonardo Castellana

Per presa visione e conferma della disponibilità:



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA (esempio)

Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale

.....

da somministrare in caso di (indicare l'evento)

come da certificazione 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. (Al momento della consegna del farmaco sarà stilato il verbale di cui si allega prospetto).

Il medicinale sarà conservato in un luogo sicuro per gli alunni, ma di facile accesso per il personale che effettuerà la somministrazione: (indicare il luogo dove sarà conservato)

.....

Nel caso al bambino/a..... dovesse presentarsi l'evento predetto il personale della scuola interverrà attuando il seguente piano di azione:

Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile per poter affrontare adeguatamente la situazione. È estremamente utile potersi avvalere di due persone:

- una persona per i contatti telefonici:
 - o chiama i genitori;
 - o informa il 118 e prende nota delle eventuali indicazioni ricevute.
- una persona per la somministrazione:
 - o accudisce il bambino;
 - o somministra il farmaco indicato dal medico di famiglia con l'apposito protocollo sanitario.

1) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a) l'insegnante di classe soccorre il/la bambino/a e chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato;
- b) il collaboratore scolastico accorre, portando il medicinale all'insegnante, riunisce e porta i bambini in un'altra classe, dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza;
- c) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco;
- d) il collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.



Direzione e segreteria: Piazza Umberto I n.7
70023 Gioia del Colle (Bari)
Tel. 0803481521- Fax.0803484873
C.M. BAIC82800G - C.F. 91107950726
SITO WEB: www.caranomazzini.gov.it
MAIL: BAIC82800G@istruzione.it
PEC: BAIC82800G@pec.istruzione.it



2) orario in cui l'insegnante di classe si trova da sola a gestire la classe e due collaboratori scolastici in turno:

- a) l'insegnante di classe chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato e soccorre il/la bambino/a;
- b) il collaboratore scolastico accorre, consegna il medicinale all'insegnante, porta gli altri bambini in un'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza;
- c) l'insegnante sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco;
- d) il secondo collaboratore scolastico chiama il 118 e i genitori.

3) orario in cui due insegnanti sono in contemporaneità ed un solo collaboratore scolastico in turno:

- a) un'insegnante soccorre il/la bambino/a;
- b) l'altra insegnante chiama il collaboratore scolastico con il segnale concordato, poi chiama il 118 e i genitori;
- c) il collaboratore scolastico accorre consegna il medicinale all'insegnante, poi riunisce i bambini e li porta nell'altra classe dandoli in consegna all'insegnante presente che effettuerà la sorveglianza;
- d) l'insegnante che sta soccorrendo il/la bambino/a somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione sono da prevedere le situazioni in cui sono presenti insegnanti supplenti o supplenti del personale Ata che, al momento dell'entrata in servizio, dovranno essere informati del presente piano di azione dalle insegnanti di plesso.

Per la segnalazione della situazione di emergenza vanno forniti, al personale interessato, appositi fischietti.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Leonardo Castellana

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93)*