



**ISTITUTO COMPRESIVO**  
**"G. Falcone – P. Borsellino"**  
 Via Sicilia n.2 - 93013 Mazzarino (CL)  
 Tel 0934381250 – C.F. 90012920857  
 Email: clic81600t@istruzione.it - clic81600t@pec.istruzione.it  
[www.istitutocomprensivomazzarino.edu.it](http://www.istitutocomprensivomazzarino.edu.it)



Regione Siciliana

**Allegato 5**

Ai genitori dell’alunno

.....  
 .....

Al Personale scolastico della scuola

.....  
 .....

**AUTORIZZAZIONE E PIANO DI INTERVENTO IN RELAZIONE ALLA RICHIESTA DI  
 SOMMINISTRAZIONE FARMACO**

A seguito della richiesta inoltrata, presso la Dirigenza dell'Istituto, dai signori  
 .....  
 .....

per il/ la figlio/a.....frequentante la sezione ..... classe ..... sez.....  
 scuola dell’infanzia/primaria/superiore di 1° grado relativa alla somministrazione del farmaco  
indispensabile/salvavita,

**la Dirigente Scolastica,**

- ☐ acquisito il consenso scritto del personale scolastico,
  - ☐ acquisita la richiesta di auto-somministrazione di farmaci (All.2/A)
- autorizza a somministrare il farmaco secondo il seguente piano di intervento:
1. Il genitore consegnerà al personale della scuola una confezione nuova ed integra del medicinale ..... da somministrare come da prescrizione medica già consegnata in segreteria e allegata in copia alla presente. Dell’operazione verrà compilato il verbale **Allegato 6**
  2. Il farmaco
    - ☐ sarà conservato in un armadietto a temperatura ambiente/in frigorifero, in un apposito



**ISTITUTO COMPRENSIVO  
"G. Falcone – P. Borsellino"**

Via Sicilia n.2 - 93013 Mazzerino (CL)  
Tel 0934381250 – C.F. 90012920857  
Email: clic81600t@istruzione.it - clic81600t@pec.istruzione.it  
[www.istitutocomprensivomazzerino.edu.it](http://www.istitutocomprensivomazzerino.edu.it)



Regione Siciliana

contenitore chiuso che porterà all'esterno in modo chiaro il nominativo dell'alunno interessato, il nome del farmaco, la posologia e la data di scadenza del medicinale.

- ☐ Potrà essere conservato a cura dell'alunno stesso e/o dell'insegnante di classe
- 3. Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato.

☐ Il medicinale sarà somministrato all'alunno da

.....  
☐ **il minore si auto-somministrerà, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola.**

**NOTA BENE:**

*Il Consiglio di classe è chiamato a definire le procedure da seguire per l'alunno/a particolare, redigendo un breve Protocollo d'intervento in cui si specifichi, dopo essersi confrontati con la famiglia dell'alunno/a, "COSA FARE SE L'ALUNNO/A AVVERTE UN MALORE".*

*È necessario indicare nel protocollo il nome commerciale del farmaco; la dose da somministrare; modalità di conservazione e somministrazione del farmaco; eventuali numeri di telefono di riferimento e il personale che si è reso disponibile a somministrare il farmaco all'alunno/a in caso di necessità.*

*Si invitano i coordinatori a lasciare copia della nota in classe, avendo cura di oscurare i dati personali dell'alunno/a.*

.....

- Il personale supplente al momento dell'entrata in servizio dovrà **essere informato del piano di intervento dalle insegnanti di plesso.**

Data, .....

**La Dirigente Scolastica**

**Adele Pellitteri**