



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI FELTRE

Scuole dell'Infanzia - Scuole Primarie - Scuola Secondaria di I grado

Viale A. Fusinato, 14 - 32032 Feltre (BL) - Tel. 0439885680

Codice Fiscale: 91018840255 – C.M. BLIC83300P

e-mail: blc83300p@istruzione.it - blc83300p@pec.istruzione.it

PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

A.S. 2026/2027

L'alunna/o _____ iscritto presso codesta Istituzione Scolastica e frequentante la classe _____ sezione _____ della sede _____, come da documentazione presentata dai genitori (o soggetti esercenti la responsabilità genitoriale) in data _____ protocollo n. _____ risulta affetto da _____ **PATOLOGIA** come da certificazione prodotta dal medico protocollo n. _____ e pertanto, necessita di _____

ASSISTENZA/SORVEGLIANZA

Qualora l'alunno/a dovesse presentare i seguenti sintomi:

--

L'insegnante di classe, o chi incaricato dal Dirigente Scolastico, coadiuvato al bisogno dai collaboratori scolastici, deve avviare, in ordine, le seguenti azioni:

POSIZIONARE L'ALUNNA/O IN POSIZIONE

1. **IN CASO DI puntura/manifestazione crisi asmatica/assunzione/ingestione: SOMMINISTRARE** la modalità (es. per bocca) e indicare la tipologia di farmaco
2. **Se necessario e indicato dal medico SE PROGRESSIONE DI ANAFILASSI: SOMMINISTRARE ADRENALINA AUTOINIETTABILE ()**
3. allertare telefonicamente subito il n. **112 (NUE)**, e richiedere un intervento urgente per **REAZIONE ALLERGICA CHE HA PORTATO LA NECESSITÀ DI SOMMINISTRARE L'ADRENALINA**
4. telefonare ai genitori o ad altro parente reperibile:
cellulare madre _____
cellulare padre _____
cellulare soggetto esercente la responsabilità genitoriale _____
telefono medico _____



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI FELTRE

Scuole dell'Infanzia - Scuole Primarie - Scuola Secondaria di I grado

Viale A. Fusinato, 14 - 32032 Feltre (BL) - Tel. 0439885680

Codice Fiscale: 91018840255 – C.M. BLIC83300P

e-mail: blic83300p@istruzione.it - blic83300p@pec.istruzione.it

Il farmaco sarà custodito in luogo fresco e asciutto (a temperatura ambiente) e nello specifico si precisa che lo stesso è depositato

o

nella tasca anteriore interna dello zaino.

INFORMAZIONE

Copia del presente Piano deve essere condiviso e reso noto con tutto il personale individuato dal Dirigente Scolastico per la somministrazione del farmaco.

Una copia è custodita nella sede di frequenza dall'alunno in un apposito fascicolo riservato, di cui tutto il personale è a conoscenza (in usta chiusa e riservata); una copia accompagnerà il farmaco (busta chiusa e riservata).

Nel **Fascicolo personale dell'alunno**, custodito in Segreteria, sono contenuti:

- “Richiesta somministrazione farmaci”
- Certificato medico (come da “Modello certificato medico”)
- “Protocollo somministrazione farmaci”
- Verbale
- Informativa privacy



e-mail: blic83300p@istruzione.it - blic83300p@pec.istruzione.it



Ministero dell'Istruzione e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI FELTRE

Scuole dell'Infanzia -Scuole Primarie -Scuola Secondaria di I grado

Viale A. Fusinato, 14 - 32032 Feltre (BL) - Tel. 0439885680

Codice Fiscale: 91018840255 – C.M. BLIC83300P

e-mail: blc83300p@istruzione.it - blc83300p@pec.istruzione.it

Preso atto del fatto che per la fattispecie in oggetto, relativa a una situazione di maggiore interesse del minore, è *ope legis* richiesta la firma di entrambi i genitori, nel caso di comprovata e documentata impossibilità ad acquisire la sottoscrizione di entrambi i genitori, il genitore firmatario completa e sottoscrive anche la dichiarazione qui sotto riportata.

Il sottoscritto, _____, padre/madre dell'alunno/a _____, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/2000, dichiara di aver sottoscritto il presente documento in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data, _____

Firma _____