ISTITUTO COMPRENSIVO VILLORBA E POVEGLIANO
Via Solferino, n. 14 - 31020 Fontane di Villorba (TV)
Tel. 0422 910803 – 0422 919633
C. F. 80021160264 - Codice Ministeriale TVIC876001
e-mail: tvic876001@istruzione.it-tvic876001@pec.istruzione.it

PROTOCOLLO SOMMINISTRAZIONE FARMACI

A.S. 2025/2026

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 ____ 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 _____

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")
- "Piano somministrazione farmaci"
- Verbale
- Informativa privacy

Riportare (nome e cognome) a seguire il personale individuato a intervenire: insegnanti della classe, addetti al Primo Soccorso, personale ausiliario del plesso.

Nome e cognome	Firma dei docenti /Collaboratori scolastici

I sottoscritti genitori dichiarano di non aver sottaciuto nulla in merito alla salute del proprio figlio.

Data _____

Firma del padre_____

Firma della madre _____

Nel caso di 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. 245/2000, 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 _____

Il Dirigente scolastico

prof. Michele Giannini

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del D.lgs. 82/2005 CAD art.45, ss.mm. ii e norme collegate