



**DIREZIONE DIDATTICA "ALCIDE DE GASPERI"**  
Piazza " Papa Giovanni Paolo II ", 24 – 90146 – Palermo  
Tel 091- 513992 – Fax 091- 6702949  
E-mail: [pacc013002@istruzione.it](mailto:pacc013002@istruzione.it)

**Allegato A**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

Al Dirigente Scolastico  
Scuola Primaria  
A. De Gasperi  
Palermo

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 la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci, come da  
allegata autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dot. ....

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

Gli scriventi si impegnano ad intervenire tempestivamente a seguito di telefonata da parte della  
scuola.

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 DIDATTICA "ALCIDE DE GASPERI"**  
Piazza " Papa Giovanni Paolo II ", 24 – 90146 – Palermo  
Tel 091- 513992 – Fax 091- 6702949  
E-mail: [pacc013002@istruzione.it](mailto:pacc013002@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 scuola ..... consegna

alle insegnanti di classe un ..... nuovo ed integro del medicinale

da somministrare al/alla bambino/a in caso di<sup>1</sup> ..... 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.

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

.....

Luogo e Data ..... il .....

Il genitore

Le insegnanti

.....

.....

<sup>1</sup> Indicare l'evento



**DIREZIONE DIDATTICA "ALCIDE DE GASPERI"**

Piazza " Papa Giovanni Paolo II ", 24 – 90146 – Palermo

Tel 091- 513992 – Fax 091- 6702949

E-mail: [pacc013002@istruzione.it](mailto:pacc013002@istruzione.it)

**Allegato B/1**

**AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA**

Al Personale Docente

Al Personle ATA

Oggetto: autorizzazione piano di azione per somministrazione farmaco **salvavita**

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 **salvavita**, il Dirigente Scolastico autorizza a somministrare il farmaco con le procedure indicate nell'allegato piano di azione. <sup>1</sup>

Luogo e Data ..... il .....

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

<sup>1</sup> Definire un piano di intervento dettagliato come nell'esempio riportato in ultima pagina.

## Direzione Didattica Statale "Alcide De Gasperi"

---

**Da:** massimo-cinzia@libero.it  
**Inviato:** lunedì 11 dicembre 2017 09:53  
**A:** pae013002@istruzione.it, Cocilovo  
**Oggetto:** Procedure e modulistica primo soccorso  
**Allegati:** allegato A richiesta somministrazione.docx; Allegato B -2. VERBALE PER CONSEGNA MEDICINALE SALVAVITA.docx; allegato B-1 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO SALVAVITA.docx; allegato C-1 AUTORIZZAZIONE PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACO INDISPENSABILE.docx; procedura.docx

Ho creato una cartella con le procedure e la modulistica necessaria ad attivare il primo soccorso e la somministrazione di farmaci