



ISTITUTO COMPRENSIVO POLLINA - SAN MAURO CASTELVERDE

VIA LEONARDO SCIASCIA - FINALE 90010 POLLINA (PA)

Tel 0921426567 - Fax 0921426567

Codice Meccanografico: PAIC818003 - Codice Fiscale: 82000690824

PEO: paic818003@istruzione.it PEC: paic818003@pec.istruzione.it Sito Web: www.icpollinasanmaurocastelverde.edu.it

Circolare n. 10

I.C. "POLLINA - SAN MAURO - POLLINA"
Prot. 0005168 del 17/09/2026
VII-5 (Uscita)

**Alle Famiglie degli Alunni e alle Alunne
Al personale Docente e ATA
Alla RSPP Dott. Ing. Vincenza Randazzo
Al Medico Competente
Al DSGA
Al sito web
Agli Atti**

Oggetto: Somministrazione di farmaci SALVAVITA e/o farmaci INDISPENSABILI

Premessa:

Frequentemente accade che gli alunni debbano assumere dei farmaci in orario scolastico. Con nota, n. 2312, del 25.11.2005, il Ministero dell'Istruzione, d'intesa con quello della Salute, ha emanato le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelare il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica". I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli studenti solo in presenza di tutte le condizioni che di seguito si riportano, pertanto,

II DIRIGENTE SCOLASTICO

- **VISTA** la nota MIUR protocollo n. 2312/Dip/Segr. del 25.11.2005 con la quale sono inviate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico" a firma dei Ministri del MIUR e della salute;
- **PREMESSO** che "la somministrazione dei farmaci deve avvenire sulla base di specifiche autorizzazioni (medico e famiglia) e che non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto" (art. 2 delle suddette Linee Guida);
- **CONSIDERATO** che l'omissione nella somministrazione di farmaci salvavita potrebbe causare gravi danni alla persona che ne necessita;
- **SENTITA** la RSPP Prof.ssa Vincenza Randazzo

DISPONE

quanto segue:

- La somministrazione di farmaci in orario scolastico deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni/e o dagli esercenti la potestà genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia dell'alunno/a con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).

Il dirigente scolastico, a seguito della richiesta scritta di somministrazione di farmaci:

- effettua una verifica delle strutture scolastiche, mediante l'individuazione del luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici durante l'orario scolastico ai genitori degli/le alunni/e, o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione dei farmaci, ove non già autorizzata ai genitori, esercenti la potestà genitoriale o loro delegati.

Gli operatori scolastici possono essere individuati prioritariamente tra gli **addetti al primo soccorso formati ai sensi del DM 388/2003**, tra il personale docente ed ATA che abbia seguito i corsi di pronto soccorso ai sensi del Decreto legislativo n. 81/2008 ed abbiano svolto obbligatoriamente la formazione in situazione.

Soggetti e destinatari

I farmaci a scuola potranno essere somministrati agli/le studenti/esse solo nei casi autorizzati dai genitori, fermo restando che la somministrazione potrà avvenire in caso di assoluta necessità (**farmaco indispensabile o salvavita**) durante l'orario scolastico, in considerazione dell'idoneità dei locali scolastici alla somministrazione e conservazione del farmaco e previa disponibilità dei docenti e/o del personale A.T.A formati. I docenti e il personale ATA, invitati dal DIRIGENTE SCOLASTICO a dichiarare la propria disponibilità alla somministrazione di tale tipologia di farmaci e, quindi, alla formazione in situazione, saranno specificamente formati in merito a quanto attinente al piano terapeutico. Nelle more della formazione dei docenti o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori stessi o persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione del Dirigente Scolastico.

È compito della famiglia comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente scolastico, secondo le procedure indicate nella presente circolare, la necessità di somministrazione di farmaci e/o di svolgere attività a supporto di alcune funzioni vitali e/o della modifica o della sospensione del trattamento. È compito della famiglia fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità con la sostituzione di nuovo farmaco. Nel caso di passaggio di ciclo oppure di trasferimento in corso d'anno ad altra scuola, o ad altro Comune/Provincia, è compito della famiglia informare la scuola che accoglie l'alunno/a.

Procedura

La somministrazione di farmaci in orario scolastico e nei locali scolastici deve essere:

- formalmente richiesta dai genitori degli alunni o dagli esercenti la potestà genitoriale;
- la richiesta sarà corredata di certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali e in orario scolastico e del piano terapeutico.

Il Dirigente Scolastico una volta ricevuta la richiesta della famiglia, verifica (di norma entro una settimana):

- la fattibilità di attuazione della richiesta (ambienti, attrezzature, ecc.);
- la disponibilità del personale dietro richiesta di manifestazione da parte del DIRIGENTE SCOLASTICO;
- l'esigenza di formazione specifica. Il Dirigente Scolastico prenderà i contatti con ASL, o con un medico per fissare la formazione.

Il DIRIGENTE SCOLASTICO, il medico, il personale resosi disponibile, i genitori stenderanno il PIP Piano di Intervento Personalizzato

- il genitore firmerà il verbale di consegna del farmaco in segreteria;
- il personale formato potrà procedere alla somministrazione del farmaco attenendosi alle indicazioni del piano terapeutico e del PIP Piano di Intervento Personalizzato.

Auto somministrazione

La norma prevede l'auto-somministrazione dei farmaci per casi specifici d'intesa con l'ASL e la famiglia. A tale scopo, l'autorizzazione medica dovrà riportare, oltre agli altri punti richiesti, anche la dicitura che: "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica sorvegliato dal personale della scuola". L'autorizzazione dei genitori all'auto-somministrazione deve essere presentata per iscritto con assunzione di responsabilità anche in merito all'autonomia di conservazione del farmaco.

Luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci

Il docente propone al Dirigente scolastico i luoghi fisici idonei per:

- la conservazione (di norma l'armadietto dei medicinali che deve essere chiuso a chiave);
- la somministrazione o l'auto-somministrazione dei farmaci. La somministrazione di farmaci mediante aghi deve avvenire in un luogo appartato, anche per garantire l'incolumità dei compagni.
- I genitori firmano l'assenso alla conservazione e alla somministrazione nei luoghi individuati.

Durata della terapia/attività a supporto di alcune funzioni vitali

L'autorizzazione per la somministrazione di farmaci in orario scolastico deve contenere anche l'indicazione della durata dell'intervento, che può essere fatta per un periodo predefinito o a lungo termine, secondo l'indicazione del medico curante.

La certificazione medica, presentata dai genitori, ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico ed in corso dello stesso, se necessario. Si ricorda che a fine anno scolastico sarà opportuno stilare un verbale per l'avvenuta riconsegna del farmaco da parte della scuola ai genitori.

Modifiche o sospensione della terapia

In caso di modifiche dell'intervento (posologia/modalità di somministrazione.) o di sospensione della cura e a seguito di nuova prescrizione del medico curante, la famiglia deve fornire tempestivamente tale informazione insieme alla prescrizione del medico curante, affinché sia predisposta nuova autorizzazione di modifica o di sospensione da trasmettere alla scuola.

Partecipazione a uscite didattiche e/o visite scolastiche

La somministrazione del farmaco autorizzata in orario scolastico deve essere garantita durante le uscite didattiche, le visite e le gite scolastiche secondo modalità organizzative da concordare dai docenti direttamente coinvolti con il Dirigente scolastico e con la famiglia.

Gestione delle emergenze

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso nei casi in cui si ravvisi l'inadeguatezza dei provvedimenti programmati per i casi concreti presentatisi, ovvero qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza.

Non disponibilità del personale della scuola

Qualora nell'edificio scolastico non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale, o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente scolastico può procedere, nell'ambito delle prerogative scaturenti dalla normativa vigente in tema di autonomia scolastica, all'individuazione di altri soggetti istituzionali del territorio con i quali stipulare accordi e convenzioni.

Nel caso in cui non sia attuabile tale soluzione, il Dirigente scolastico può provvedere all'attivazione di collaborazioni, formalizzate in apposite convenzioni, con i competenti Assessorati per la Salute e per i Servizi sociali, al fine di prevedere interventi coordinati, anche attraverso il ricorso a Enti e Associazioni di volontariato (es.: Croce Rossa Italiana).

In difetto delle condizioni sopradescritte, il Dirigente scolastico è tenuto a darne comunicazione formale e motivata:

- a.ai genitori o agli esercenti la potestà genitoriale;
- b.al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno per cui è stata avanzata la relativa richiesta.

Gestione dell'emergenza

Nei casi gravi e urgenti non ci si può esimere dal portare il normale soccorso ed è obbligatorio, comunque, fare ricorso al numero unico 11 avvertendo contemporaneamente la famiglia.

NON SONO AMMESSE DEROGHE ALLE PROCEDURE INDICATE.

- Allegato 1 Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e Piano Terapeutico
- Allegato 2 Richiesta di somministrazione farmaci nei locali ed in orario scolastico
- Allegato 3 Verbale di consegna alla scuola del farmaco
- Allegato 4 / 5 disponibilità del personale alla somministrazione

Il Dirigente Scolastico
Prof. ssa Antonella Cancila

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE
DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a, in data
 .../.../..... residente in

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 e Considerata l'assoluta necessità per il/la
predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco
con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico
allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
☐ salvavita ☐ indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia ☐ al genitore dell'alunno/a (oppure) ☐ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
- Mattina (h.) dose da somministrare
- Pasto (prima, dopo) dose
- Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....
- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... **(Oppure)**

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco
.....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì

☐ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda ASP nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

☐ Sì

☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda ASP

.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

☐ Genitore dell'alunno/a, (oppure)

☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, (oppure)

☐ Studente/essa maggiorenne nato/a a..... il/...../..... e residente a in Via, che frequenta la classe sez dell'Istituto sito in Via Cap Località Provincia,

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASP ... /dal Dott., in data .../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

☐ che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico
(oppure)

☐ che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Numeri di telefono:	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

In fede

Luogo

Data

(1) Firma

__/__/____

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale per l'alunno/a o l'alunno/a (se maggiorenne).

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto

Al personale incaricato per la somministrazione dei farmaci

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a*

..... (da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori o Alunno/a, se maggiorenne)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore dell'alunno/a _____

(oppure) ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno/a _____

(oppure in caso di alunno maggiorenne)

☐ l'alunno/a _____, nato a _____, il ____/____/____ e
residente a _____, iscritto alla classe _____, sez. _____, dell'Istituto
_____, consegna all'incaricato,

Sig./Sig.ra _____, individuato nel Piano di intervento personalizzato prot. _____
n. _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano
Terapeutico consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal (barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della Azienda ASP _____

☐ medico pediatra di libera scelta dott. _____

☐ medico di medicina generale dott. _____.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di
intervento personalizzato, nel seguente luogo: _____ con le seguenti
modalità: _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale/ lo studente si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno
scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si
impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà
terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma dell'incaricato _____ Firma del genitore/dell'alunno/a _____

PIANO DI INTERVENTO PERSONALIZZATO (PIP)

Prot. n. _____ del ____/____/____

Alla Famiglia dell'alunno/a _____ (oppure)
 All'alunno/a _____
 Al Personale individuato per la somministrazione del farmaco
 Agli Insegnanti della classe ____ sezione ____
 Al Fascicolo personale dell'alunno/a suddetto
 Alla Azienda ASP..... **Oggetto:** Piano
 di Intervento Personalizzato per la (auto)somministrazione del/i farmaco/i in
 orario scolastico all'alunno/a.....

I sottoscritti Dirigente scolastico e il Referente per l'Azienda ASP.....
 dott.,

VISTA la richiesta di somministrazione con autorizzazione presentata dai genitori o dagli esercenti la potestà genitoriale dell'alunno/a (oppure: dall'alunno/a, in caso di studente maggiorenne), iscritto/a alla classe sez... dell'Istituto, sito in via , località

VISTA la certificazione medica con attestazione e Piano terapeutico rilasciata dal Servizio di Pediatria dell'Azienda ASP n. / dal Dott. in data .../.../....., nella quale per l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico si attesta la somministrazione del farmaco (nome commerciale) da parte di personale adulto non sanitario, in quanto questa non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

VISTA la tipologia di farmaco (barrare la voce che corrisponde)

☐ salvavita

(Oppure)

☐ indispensabile

CONSTATATA la presenza di personale scolastico disponibile a somministrare, ciascuno nel proprio orario di servizio, il farmaco al/la predetto/a alunno/a (oppure: ad assistere l'alunno/a nella autosomministrazione del farmaco) secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico allegato, nonché la disponibilità di locali idonei alla conservazione del/i farmaco/i da somministrare;

VISTI gli attestati di formazione del personale individuato per la somministrazione rilasciati dall'Azienda ASP nelle date indicate nella tabella sottostante;

DISPONGONO

Che il farmaco venga consegnato dal genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure dall'alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) al responsabile incaricato Sig./Sig.ra ;
 che il farmaco venga conservato, secondo le prescrizioni contenute nel Piano terapeutico allegato, nel seguente locale:

che il/i farmaco/i venga sostituito alla scadenza a cura del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (oppure: dell'alunno/a), che viene reso edotto del fatto che il farmaco eventualmente scaduto non sarà somministrato;

che vengano assunte le seguenti iniziative a tutela della privacy dell'alunno/a (specificare ad esempio

l'informazione data agli studenti, previo consenso della famiglia, oppure il locale dove verrà effettuata la somministrazione o si assisterà l'alunno nell'autosomministrazione, ecc.):_____;

Che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico dal seguente personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione e adeguatamente formato, individuato dal Dirigente Scolastico:

COGNOME e NOME	Tipo di personale	FIRMA (leggibile) del personale scolastico	Data dell'Attestato di formazione rilasciato dalla Azienda USL
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

Il Dirigente Scolastico

L' Azienda ASP ____

Prof.

Dott.

Firma: _____

Firma: _____

Il sottoscritto genitore o esercente la potestà genitoriale (oppure alunno/a, in caso di alunno maggiorenne) _____,

Viste le determinazioni assunte dal Dirigente Scolastico e dalla Azienda ASP _____ con la presente:

☐ esprime il consenso alla somministrazione del farmaco in orario scolastico secondo le prescrizioni contenute nel Piano Terapeutico e nel presente Piano di Intervento Personalizzato;

☐ si impegna a consegnare il farmaco nel più breve tempo possibile all'incaricato indicato nel PIP nei seguenti orari _____.

Data____/____/_____

Firma del genitore
o dell'esercente la potestà genitoriale o dello
studente (se maggiorenne)

Spett.le ASP _____

Sede

**Oggetto: Formazione del Docente/Collaboratore scolastico alla somministrazione del
farmaco**

Ai sensi della normativa vigente

Vista la richiesta dei genitori dell'alunno _____ della classe _____

Vista la certificazione medica e il piano terapeutico allegati alla richiesta

Considerata la necessità di formazione richiesta per tale somministrazione,

si chiede

comunicazione urgente delle modalità di formazione necessarie per adempiere nel più breve tempo possibile alla richiesta della famiglia con personale specificatamente formato.

In attesa di cortese riscontro, cordialità.

Il Dirigente Scolastico

ALLEGATO 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico

dell' IC Pollina San Mauro

Castelverde

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... docente / personale ATA dell'I.C
VERGA presso il
plesso..... 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

.....,
.....

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso la Segreteria dell'Istituto I.C. VERGA di Pontinia dal/i Sig.

.....

per il/la figlio/a

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

a somministrare il farmaco con le procedure descritte

nell'allegato 2. Per presa visione e conferma della

disponibilità:

Personale Docente:

Personale ATA:

IL Dirigente Scolastico

.....