



## PIANO TERAPEUTICO

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Alunno/a: Cognome ..... Nome .....

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile .....

A.1) Necessità 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) Necessità 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 USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- Sì
- No

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

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

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

.....

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/ *Allegato 2***

**NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO**

(art. 1 della Deliberazione Giunta Regione Toscana 25 maggio 2015, n. 653)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto .....

Indirizzo .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....,

Genitore dello studente/essa ....., (oppure)  Esercente la  
potestà genitoriale sullo studente/essa ....., (oppure)  Studente/essa  
maggiorrenne 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 USL ... /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 genitore dell'alunno/all'alunno

**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 allo studente, 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 .....

(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 USL.....

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/dello studente .....