



**Ministero dell'Istruzione e del merito**  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA LOMBARDIA  
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SERGNANO "PRIMO LEVI"  
VIA AL BINENGO, 38 - 26010SERGNANO (CR)  
Codice Fiscale: 01223820190 Codice Meccanografico: CRIC80600N C.U. UF4VB8  
e-mail: [cric80600n@istruzione.it](mailto:cric80600n@istruzione.it) – sito web: [www.icsergnanoprimolevi.edu.it](http://www.icsergnanoprimolevi.edu.it)

AI RESPONSABILI DI PLESSO

**OGGETTO: PROCEDURA E DOCUMENTI PER LA SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

- Ogni anno va rinnovata la richiesta dei genitori (allegato2) per la somministrazione del farmaco
- Il certificato medico (allegato1) deve essere presentato ogni anno scolastico (non serve dello specialista è sufficiente quello del pediatra)
- Se l'alunno è autonomo nel somministrarsi il farmaco è comunque necessaria l'autorizzazione dei genitori (allegato 3)
- L'incaricata (la responsabile del plesso) redige il PIANO DI ASSISTENZA
- Il PIANO DI ASSISTENZA compilato deve essere condiviso con i genitori e firmato dai genitori
- Il responsabile del plesso si accerta che i docenti prendano visione del piano assistenza e firmino il documento di presa visione/disponibilità di somministrazione (allegato 4)
- Il responsabile di plesso riconsegna la documentazione (gli allegati 1, 2, 3, 4, 5 e il piano di assistenza) in segreteria dove verrà protocollata: una copia sarà restituita al plesso, una copia verrà messa nel fascicolo personale dell'alunno
- Il PIANO DI ASSISTENZA e la presa visione/disponibilità di somministrazione vanno verbalizzata nel Consiglio di classe/nel team
- Il Coordinatore di classe/responsabile del team deve comunicare in segreteria le eventuali modifiche della terapia per l'aggiornamento del piano di assistenza

(Sul sito della Scuola sotto la voce Scuola – Le carte della Scuola – Procedura e documentazione farmaci, i genitori possono scaricare gli allegati 1-2-3)

A FINE ANNO SCOLASTICO RICORDARSI DI RESTITUIRE IL FARMACO ALLA FAMIGLIA

SI ALLEGA ALLA PRESENTE QUANTO SEGUE:

ALLEGATO 1: certificato medico stato malattia e modalità di somministrazione

ALLEGATO 2: richiesta di somministrazione farmaco fatta dai genitori

ALLEGATO 3: dichiarazione di autorizzazione dei genitori in caso di auto-somministrazione

ALLEGATO 4: verbale consegna farmaco

ALLEGATO 5: presa visione del piano assistenza

PIANO DI ASSISTENZA

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof.ssa Iliaria Santina Andreoni**

*(Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2 D.Lgs n.39/93)*