



Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO COMPRENSIVO N° 8

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria di primo grado

Via Caselli, 21 – 19126 La Spezia – Cod. Mecc. SPIC821009

Tel. 0187 506119 – Codice Fiscale 91071870116

E-mail: spic821009@istruzione.it – PEC: spic821009@pec.istruzione.it –

Sito web: www.isa8sp.edu.it

**ATTESTAZIONE DI STRUTTURA SANITARIA PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
INDISPENSABILI IN AMBITO SCOLASTICO (Allegato 1 DGR n. 724 del 2024)**

L'alunna/o

(Cognome) _____ (Nome) _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Residente in _____ Telefono _____

Scuola _____ Classe e Sezione _____

necessita della terapia nei locali e in orario scolastico secondo il Piano Terapeutico allegato, considerando che la somministrazione non richiede il possesso di competenze specialistiche sanitarie e 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.

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico (o struttura accreditata)

Data ____/____/____

Firma del Dirigente Scolastico

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Letizia Vitiello

Firmato digitalmente

PIANO TERAPEUTICO

Alunna/o (Cognome) _____ (Nome) _____

Trattasi di farmaco: ☐ salvavita oppure ☐ indispensabile

Nome principio attivo del farmaco: _____

Nome commerciale del farmaco: _____

Dose e orario di somministrazione: _____

Modalità di somministrazione: _____

Circostanza/condizione per la quale somministrare il farmaco: _____

Eventuali precisazioni sulla durata della terapia: _____

Modalità di conservazione: _____

Eventuali note di primo soccorso (descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco): _____

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

☐ Sì

☐ No

Altre indicazioni: _____

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASL:

Data ____/____/____

Timbro e firma del medico