



POR Calabria  
2014-2020  
Fesr-Fse  
il futuro è un lavoro quotidiano



Ministero dell'Istruzione



Ministero dell'Istruzione

## ISTITUTO COMPRENSIVO RENDE QUATTROMIGLIA

Via Buenos Aires 87036 (CS) – Tel. 0984839008

C.M. CSIC87900V – C.F.: 98077920787

Mail: [csic87900v@istruzione.it](mailto:csic87900v@istruzione.it) Pec: [csic87900v@pec.istruzione.it](mailto:csic87900v@pec.istruzione.it)

Codice Univoco UF3VWM Codice iPa istsc\_csic87900v

Sito web: <https://www.icrendequattromiglia.edu.it>



Alle Famiglie degli alunni  
Ai Docenti  
Al Personale ATA  
Al DSGA  
Al Sito web dell'Istituto

### Oggetto: Somministrazione di farmaci salvavita a scuola – indicazioni per le famiglie e richiesta di attivazione della procedura

Si comunica alle famiglie che, al fine di garantire il diritto alla frequenza scolastica degli alunni affetti da patologie che richiedono la disponibilità e/o la somministrazione di **farmaci salvavita durante l'orario scolastico**, l'Istituto provvede all'attivazione delle procedure previste dalla normativa vigente e dai protocolli adottati dalle competenti autorità sanitarie e territoriali.

La gestione e l'eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico sono effettuate esclusivamente sulla base di una **specifica richiesta della famiglia e della necessaria documentazione sanitaria**, secondo modalità definite per il singolo alunno.

#### 1. Presentazione della richiesta

Le famiglie degli alunni che necessitano della somministrazione di un farmaco salvavita durante la permanenza a scuola sono invitate a presentare presso la Segreteria dell'Istituto apposita richiesta, utilizzando la modulistica predisposta.

Alla richiesta dovrà essere allegata la **certificazione/autorizzazione sanitaria** rilasciata dal medico competente, contenente le informazioni necessarie alla corretta gestione del farmaco, quali, a titolo esemplificativo:

- patologia o condizione sanitaria dell'alunno;
- denominazione del farmaco;
- dosaggio;
- modalità e via di somministrazione;
- condizioni e circostanze che rendono necessaria la somministrazione;
- eventuali indicazioni da seguire in caso di emergenza;
- eventuali modalità particolari di conservazione del farmaco;
- durata e validità della prescrizione.

La documentazione dovrà essere completa, aggiornata e coerente con il farmaco consegnato alla scuola.

#### 2. Consegna del farmaco

Il farmaco dovrà essere consegnato alla scuola dalla famiglia secondo le modalità stabilite dall'Istituto e accompagnato da apposito **verbale di consegna**.

Il farmaco dovrà:

- essere nella confezione originale;
- essere chiaramente identificabile;
- essere integro e non scaduto;
- essere conforme alla prescrizione/certificazione sanitaria;

OFELIA LEONE

CSIC87900V - A6B79B1 - CIRCOLARI - 0000005 - 02/09/2026 - UNICO - U

- essere conservato secondo le indicazioni del medico e/o del produttore.

La famiglia è responsabile della tempestiva sostituzione del farmaco in caso di scadenza, deterioramento, esaurimento o modifica della terapia.

### 3. Organizzazione della procedura

A seguito della ricezione della documentazione, l'Istituto provvederà, secondo le proprie procedure organizzative, a individuare le modalità di gestione del farmaco e il personale coinvolto.

Il personale scolastico incaricato opererà nel rispetto delle indicazioni contenute nella documentazione sanitaria e nelle procedure adottate dall'Istituto.

Ove necessario, potranno essere predisposte specifiche attività di informazione, formazione e/o addestramento del personale, in relazione alla particolare situazione dell'alunno e alle indicazioni delle competenti autorità.

### 4. Gestione delle situazioni di emergenza

In caso di manifestazione dei sintomi e delle condizioni indicate nella certificazione sanitaria, il personale individuato procederà secondo le modalità previste per il singolo alunno.

Qualora si verifichi una situazione di emergenza, un peggioramento delle condizioni dell'alunno o una situazione non prevista dalla procedura individuale, il personale scolastico provvederà ad **attivare tempestivamente i servizi di emergenza sanitaria**, secondo le procedure vigenti, e seguirà le indicazioni impartite dagli operatori sanitari.

La famiglia sarà informata dell'accaduto secondo le modalità organizzative previste dall'Istituto.

### 5. Obblighi della famiglia

Le famiglie sono tenute a:

- presentare tempestivamente la documentazione richiesta;
- comunicare immediatamente eventuali variazioni della terapia o delle condizioni di salute dell'alunno rilevanti ai fini della procedura;
- mantenere aggiornata la certificazione sanitaria;
- garantire la disponibilità di farmaci integri e non scaduti;
- provvedere alla sostituzione dei farmaci prima della relativa scadenza;
- comunicare formalmente alla scuola l'eventuale cessazione della necessità della somministrazione.

Si raccomanda alle famiglie di **non attendere l'inizio dell'anno scolastico o l'insorgenza di una situazione di emergenza** per presentare la documentazione, ma di attivare la procedura con congruo anticipo.

### 6. Tutela della riservatezza

La documentazione e le informazioni relative allo stato di salute dell'alunno saranno trattate esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della situazione in ambito scolastico e nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Le informazioni saranno rese disponibili esclusivamente al personale che ne abbia necessità per lo svolgimento delle proprie funzioni.

La gestione dei dati sarà effettuata con modalità manuale ed informatizzata e che detti dati potranno essere comunicati per finalità istituzionali all'ASL, all'Azienda Ospedaliera, all'Assessorato Regionale alla Sanità, o al Ministero della Salute

**SI ALLEGANO ALLA PRESENTE 3 MODELLI.**



**Il Dirigente Scolastico  
Ofelia Leone**

*F.to digitalmente ai sensi del CAD e normativa connessa.*

**OFELIA LEONE**

## MODELLO 1

### CERTIFICATO MEDICO Per la somministrazione di farmaco salvavita in ambito scolastico

**Al Dirigente Scolastico dell'Istituto** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
in qualità di **Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta / Medico  
Specialista**,

#### CERTIFICA CHE

l'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il // \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ presso l'Istituto \_\_\_\_\_,  
è affetto/a da \_\_\_\_\_  
e necessita, in caso di specifica emergenza, della somministrazione del seguente **farmaco  
salvavita**:

**Nome commerciale del farmaco:** \_\_\_\_\_

**Principio attivo:** \_\_\_\_\_

**Forma farmaceutica:** \_\_\_\_\_

**Dosaggio:** \_\_\_\_\_

#### Modalità di somministrazione

Il farmaco deve essere somministrato:

☐ in caso di comparsa dei seguenti sintomi/segnali di emergenza:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ secondo le seguenti modalità:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dose da somministrare:** \_\_\_\_\_

#### Via di somministrazione:

☐ orale

☐ intramuscolare

☐ sottocutanea

☐ altra: \_\_\_\_\_

#### Indicazioni operative in caso di emergenza

In presenza dei seguenti sintomi/condizioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

somministrare il farmaco secondo le modalità sopra indicate e:

☐ contattare immediatamente il **112/118**;

☐ contattare i genitori/tutori ai seguenti recapiti: \_\_\_\_\_

☐ adottare inoltre le seguenti misure:

Il farmaco dovrà essere conservato secondo le indicazioni riportate sulla confezione e/o nella  
seguente modalità: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il presente certificato è valido dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Si dichiara che la somministrazione del farmaco, secondo le modalità sopra indicate,  
è **necessaria e non differibile** in caso di emergenza.

**Luogo e data:** \_\_\_\_\_

**Recapito del medico:** \_\_\_\_\_

**Timbro e firma del medico**

## MODELLO 2

### RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Da parte dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

Al Dirigente Scolastico  
I.C. Rende Quattromiglia (CS)

**Oggetto: Richiesta di somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico**

I sottoscritti:

**Padre/Genitore/Tutore:** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**Madre/Genitore/Tutore:** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a:**

**Nome e cognome:** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_

plesso/sede \_\_\_\_\_

### CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

I sottoscritti dichiarano di:

- autorizzare il personale scolastico individuato dall'Istituto alla somministrazione del farmaco secondo le modalità indicate nella certificazione medica;
- fornire alla scuola il farmaco prescritto, integro e non scaduto;
- provvedere alla sostituzione del farmaco prima della sua scadenza e al reintegro dello stesso quando necessario;
- comunicare tempestivamente alla scuola eventuali variazioni della terapia o della prescrizione medica;
- sollevare il personale scolastico, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dalle procedure adottate dall'Istituto, da responsabilità derivanti dalla corretta esecuzione della somministrazione secondo le prescrizioni mediche.

I sottoscritti autorizzano il trattamento dei dati personali e sanitari esclusivamente per le finalità connesse alla gestione della presente richiesta, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Luogo e data: \_\_\_\_\_

**Firma del padre/genitore/tutore**

\_\_\_\_\_

**Firma della madre/genitore/tutore**

\_\_\_\_\_

### MODELLO 3

#### DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITÀ ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI AGLI ALUNNI E CONTESTUALE DICHIARAZIONE DI MANLEVA DEL PERSONALE SCOLASTICO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di:

☐ **Docente**

☐ **Collaboratore scolastico**

presso l'**Istituto Comprensivo Rende – Quattromiglia (CS)**

☐ Scuola dell'Infanzia

☐ Scuola Primaria

☐ Scuola Secondaria di Primo Grado

Plesso \_\_\_\_\_

Dichiara di essere/non essere formato/a al **Primo Soccorso**:

☐ SI

☐ NO

Considerata la richiesta dei genitori/tutori dell'alunno/a:

**Cognome e nome:** \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_

☐ Scuola dell'Infanzia

☐ Scuola Primaria

☐ Scuola Secondaria di Primo Grado

Plesso \_\_\_\_\_

presa visione della documentazione sanitaria e delle indicazioni mediche prodotte dalla famiglia e acquisite dall'Istituzione scolastica,

#### **DICHIARA**

la propria disponibilità, di essere consapevole che la somministrazione sarà effettuata esclusivamente secondo le prescrizioni mediche, le modalità operative individuate dall'Istituzione scolastica e la documentazione sanitaria consegnata dalla famiglia.

Il/La sottoscritto/a **non assume responsabilità relative alla diagnosi, alla prescrizione, alla scelta del farmaco, al dosaggio o alla terapia**, che rimangono di esclusiva competenza del medico prescrittore e dei soggetti esercenti la responsabilità genitoriale.

La famiglia dell'alunno/a si impegna a fornire all'Istituzione scolastica **farmaci integri, non scaduti, correttamente conservati e corredati dalla prescrizione e dalla documentazione sanitaria necessaria**, provvedendo tempestivamente alla loro sostituzione in caso di scadenza, deterioramento o variazione della terapia.

#### **CLAUSOLA DI MANLEVA**

I genitori/tutori dell'alunno/a dichiarano di essere consapevoli che il personale scolastico che si rende disponibile alla somministrazione dei farmaci opera **nell'ambito delle proprie funzioni e secondo le procedure autorizzate dall'Istituzione scolastica**. Pertanto, **nei limiti consentiti dalla normativa vigente**, i genitori/tutori dichiarano di sollevare e manlevare il personale scolastico da responsabilità e pretese derivanti da conseguenze imprevedibili o non imputabili alla condotta del personale stesso, nonché da eventuali effetti o reazioni derivanti dalla patologia, dalla terapia o dal farmaco correttamente somministrato secondo le prescrizioni e le procedure previste.

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma del docente/collaboratore scolastico**

**OFELIA LEONE**