



ISTITUTO COMPENSIVO
"A. SCOPELLITI"
Girifalco (CZ – ITALIA)

Via De Amicis, 1/A - Girifalco
Tel. 09681904234 - 0968202959
CZIC84000C - 80004540797
czic84000c@istruzione.it
czic84000c@pec.istruzione.it
www.iescopellitigirifalco.edu.it



Anno scolastico 2026/2027

Circolare n. 014

- Alle famiglie
 - Ai docenti
 - Al personale ATA
 - All'Albo
 - e p.c. al Direttore SGA
dell'Istituto Comprensivo "A. Scopelliti"
- Loro Sedi

Oggetto: **Somministrazione di farmaci in orario scolastico – indicazioni e procedure**

In caso di necessità di somministrazione agli alunni di farmaci salvavita e/o indispensabili durante l'orario scolastico, le famiglie sono tenute ad attivare la specifica procedura prevista, mediante formale richiesta e presentazione della relativa certificazione/prescrizione sanitaria.

La richiesta e la relativa documentazione devono essere presentate per ciascun anno scolastico. Pertanto, anche le famiglie degli alunni per i quali la procedura sia stata attivata nel precedente anno scolastico sono invitate a rinnovare la richiesta per l'a.s. 2026/2027, allegando la documentazione sanitaria necessaria.

La somministrazione dei farmaci a scuola può avvenire esclusivamente secondo le modalità indicate nella documentazione sanitaria, dalla quale devono risultare il farmaco, la posologia, i tempi e le modalità di somministrazione, nonché le eventuali indicazioni da seguire in caso di emergenza.

A tal fine, i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale sono invitati a compilare il modulo allegato alla presente (Allegato A) e a trasmetterlo, unitamente alla documentazione richiesta, all'indirizzo di posta elettronica istituzionale czic84000c@istruzione.it, indicando anche un recapito telefonico attivo.

Eventuali variazioni della terapia, del dosaggio o delle modalità di somministrazione dovranno essere tempestivamente comunicate alla scuola e accompagnate dalla relativa documentazione sanitaria aggiornata.

Le famiglie interessate sono invitate a provvedere con tempestività, al fine di consentire alla scuola di predisporre le necessarie misure organizzative a tutela della salute e della sicurezza degli alunni.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.



Il Dirigente Scolastico

dott.ssa Caterina Giovanna Coda

 firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, c. 2, D.Lgs n. 39/93

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti e
genitori/tutori dell'alunno/a nato/a a il
..... residente a in via
n., frequentante la classe della scuola di Girifalco/Cortale,
essendo il/la minore affetto/a dalla seguente patologia
e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

- ☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data ____/____/____ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

- ☐ che al/la proprio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento _____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data ____/____/____ dal dott./dott.ssa _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico. I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno 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 della necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambe i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 118

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto Comprensivo "A. Scopelliti" di Girifalco dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D. Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto Comprensivo dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore.

Allegato A

- ☐ Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

Firma dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitore/tutore cell..... abitazione.....

Genitore/tutore cell.....abitazione.....

Pediatra di libera scelta (PLS) Medico di Medicina Generale (MMG)

Cell.....studio.....riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà

.....

.....

Il/la sottoscritt___, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile

Firma del genitore dichiarante

Oggetto: indicazione per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)
(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)

Il minore

Cognome Nome Nato/a il a

Residente a In via/piazza n. Città.....

Affetto dalla seguente patologia

Nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza

.....

.....

Necessita della somministrazione del seguente farmaco

.....

Modalità di somministrazione.....

.....

Dose.....

Eventuali note:

.....

.....

Luogo e data _____

Timbro Pediatra di libera scelta /MMG