



Istituto
Comprensivo
Bastia 1

Scuole Statali Infanzia: "Umberto Fifi" - "Giovanni Paolo II"
Scuole Statali Primarie: "Umberto Fifi" - "Ezio Giuliani"
Scuola Statale Secondaria 1° grado: "Colomba Antonietti"

Comunicazione n.

Bastia Umbra, 24 settembre 2025

A TUTTO IL PERSONALE
AI GENITORI DEGLI ALUNNI
I.C. BASTIA1

OGGETTO: somministrazione farmaci salva vita o indispensabili a scuola.

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda che è assolutamente vietato somministrare a scuola farmaci salvavita o indispensabili senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente. In caso di tali necessità la famiglia deve presentare domanda scritta al Dirigente Scolastico e allegare una specifica prescrizione del medico curante, usando, rispettivamente i **moduli 1 e 2**, allegati alla presente, predisposti dalla scuola e da compilare, rispettivamente, dai Genitori e dal medico curante. L'assistenza richiesta per la somministrazione non deve comportare il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica, ma rientra in un protocollo stabilito dal medico la cui omissione può causare danni alla persona. In casi particolari l'assistenza può essere supportata da un'apposita formazione riguardante il caso specifico.

Il **modulo 1**, da compilare a cura delle famiglie, prevede che i genitori possono chiedere la somministrazione di farmaci salvavita o indispensabili in orario scolastico tramite le seguenti modalità:

1. Somministrazione diretta da parte dei genitori o di persone da essi delegate (allegare alla richiesta nominativi e copia dei documenti di identità delle persone delegate)
2. Richiesta che il personale della scuola si faccia carico di tale mansione

È necessario segnalare che il personale della scuola può offrire la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci, con precedenza per coloro che hanno effettuato la formazione sul primo soccorso ma non può esserne obbligato in alcun modo. Il certificato medico prodotto dovrà comunque specificare che, per la somministrazione, non sono necessarie competenze specifiche di tipo tecnico.

In ogni caso, in situazioni di emergenza il personale della scuola chiamerà immediatamente le persone che abbiano dato la propria disponibilità (genitori, parenti, medico curante, medici di base del Comune) o, qualora se ne ravvisi la necessità, allerteranno il servizio di emergenza 118.

Nel **modulo 2** il medico, nel rilascio della prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola, attesterà:

1. l'assoluta necessità di somministrazione del farmaco in orario scolastico;
2. tempi, posologia, modalità di somministrazione e di conservazione dei farmaci;





Istituto
Comprensivo
Bastia 1

Scuole Statali Infanzia: "Umberto Fifi" - "Giovanni Paolo II"
Scuole Statali Primarie: "Umberto Fifi" - "Ezio Giuliani"
Scuola Statale Secondaria 1° grado: "Colomba Antonietti"

3. la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Anche i genitori che hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a richiedere la somministrazione di farmaci salvavita durante l'orario scolastico sono tenuti a rinnovare la richiesta per il nuovo anno scolastico usando i moduli 1 e 2 allo scopo predisposti.

I genitori interessati sono invitati a inviare i moduli, corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori, esclusivamente All'indirizzo di posta elettronica della scuola, indicando nell'oggetto: somministrazione farmaci

Successivamente i Genitori verranno contattati dall' Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco. I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Stefania Finauro
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93



**INFORMATIVA PRIVACY relativa alla somministrazione di farmaci a scuola**

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative. A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:-- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità; nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica. Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:---Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta; Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto) Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento) I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori. Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, quali i diritti dell'interessato, sono a disposizione nell'informativa generale già fornita in occasione dell'iscrizione e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale della scuola, cui rimandiamo. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al titolare del trattamento

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI

I sottoscritti _____ e _____ genitori dell'alunno
_____ frequentante la classe ____ sez. _____ della scuola
_____ DICHIARANO di aver preso visione dell'informativa privacy e

PRESTANO IL CONSENSO

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data _____: Firma _____

Il/ la sottoscritto/a _____, 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





**Istituto
Comprensivo
Bastia 1**

Scuole Statali Infanzia: "Umberto Fifi" - "Giovanni Paolo II"
Scuole Statali Primarie: "Umberto Fifi" - "Ezio Giuliani"
Scuola Statale Secondaria 1° grado: "Colomba Antonietti"

337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Luogo e data _____ Firma del
genitore _____





Istituto
Comprensivo
Bastia 1

Scuole Statali Infanzia: "Umberto Fifi" - "Giovanni Paolo II"
Scuole Statali Primarie: "Umberto Fifi" - "Ezio Giuliani"
Scuola Statale Secondaria 1° grado: "Colomba Antonietti"

Allegato 1: compilazione a cura dei detentori la responsabilità genitoriale

Al Dirigente Scolastico Dell'Istituto

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita o indispensabili

I sottoscritti genitori di
.....nato/a a il residente a in
via..... n.frequentante la classe della Scuola
.....essendo il minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci
durante il regolare orario scolastico chiedono che

☐ al/la proprio/a figlio/a sia consentita l'autosomministrazione del farmaco avendo questi età, esperienza ed addestramento adeguati (oppure)

☐ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa..... ed allegato alla presente; (oppure)

☐ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal dott./dott.ssa..... ed allegato alla presente.

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente 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.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione della terapia.

Si allega

:- apposta certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario

Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data.....: Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....
.....

II/ la sottoscritto/a, 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,





Istituto
Comprensivo
Bastia 1

Scuole Statali Infanzia: "Umberto Fifi" - "Giovanni Paolo II"
Scuole Statali Primarie: "Umberto Fifi" - "Ezio Giuliani"
Scuola Statale Secondaria 1° grado: "Colomba Antonietti"

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, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data _____ Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili: Genitoricell/abitazione..... Pediatra
di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) cell/studio.....



Allegato 3: compilazione a cura del PLS/MMG

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto

**OGGETTO: Autorizzazione e prescrizione per la somministrazione farmaco
INDISPENSABILE/SALVAVITA (a cura del Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di
Medicina Generale (MMG)**

L'alunno/alunna:

CognomeNome Nato il

a Residente a in

via/piazza n.civico

affetto dalla seguente patologia:

.....

.....

necessita della somministrazione, in ambito e orario scolastico, da parte del **personale non
sanitario**, del seguente

☐ **FARMACO SALVAVITA**

☐ **FARMACO INDISPENSABILE**

Per farmaco SALVAVITA (da usare in caso di emergenza)

Nome commerciale del
farmaco:

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del
farmaco:
.....
.....

Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in
atto:
.....
.....

Dose di somministrazione del
farmaco:
.....
.....

Modalità di somministrazione del
farmaco:
.....
.....

Modalità di conservazione del
farmaco:
.....
.....

.....

Note:

.....

.....

Per farmaco INDISPENSABILE (da assumere regolarmente)

Nome commerciale del
farmaco:

.....

.....

Dose di somministrazione del
farmaco:

.....

.....

Modalità di somministrazione del
farmaco:

.....

.....

Modalità di conservazione del
farmaco:

.....

.....

Note:

.....

.....

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza, addestramento): ☐ SI ☐ NO

☐ Si certifica che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni o perizie tecniche specialistiche di tipo sanitario e può essere effettuata da personale non sanitario.

☐ Si certifica che il farmaco può essere portato al di fuori dell'edificio scolastico in caso di uscite didattiche, visite e viaggi di istruzione

Luogo e data _____

Timbro e firma del PLS/MMG
