



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
“FRANCESCO VIVONA”
Calatafimi Segesta - Vita



C/da Santa Maria, s.n.c. - 91013 Calatafimi Segesta (TP)
Centralino: 0924 951311 - Email: tpic81300b@istruzione.it
PEC: TPIC81300B@pec.istruzione.it
Codice fiscale: 80004430817 - Codice meccanografico: TPIC81300B
www.istitutocomprensivovivona.edu.it

ANNO SCOLASTICO 2025-2026
CIRCOLARE N. 41

Ai genitori
e/o esercenti responsabilità genitoriale degli alunni dell'istituto
A tutto il personale Docente
A tutto il personale non docente
Sito web d'istituto
Atti

Oggetto: somministrazione farmaci salvavita a scuola

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda alle SS.LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente.

Per attivare tale procedura esclusivamente per la somministrazione a scuola di farmaci salvavita e/o indispensabili, la famiglia deve presentare domanda scritta al Dirigente Scolastico e allegare una specifica prescrizione del medico curante, usando, rispettivamente i **moduli A e B**, allegati alla presente, predisposti dalla scuola e da compilare, rispettivamente, dai Genitori e dal medico curante. L'assistenza richiesta per gli alunni 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.

Nelle more della formazione dei docenti o in assenza di disponibilità di questi ultimi, i genitori stessi o persona dagli stessi individuata e comunicata formalmente alla istituzione scolastica, possono accedere ai locali scolastici per la somministrazione dei farmaci, previa autorizzazione della Dirigente Scolastica.

Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i **moduli A e B** da compilare a cura dei Genitori e del medico curante e da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione (**allegato D**) da parte degli alunni.

I moduli sono anche scaricabili dal sito al seguente link:

<https://www.istitutocomprensivovivona.edu.it/wp-content/uploads/2024/09/CIRC.-N-26-Somministrazione-farmaci-salvavita-a-scuola.pdf>

Se i genitori hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a fare richiesta di somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), devono solo comunicare la prosecuzione della stessa, nell'anno scolastico in corso, compilando esclusivamente **l'allegato C** e l'eventuale autosomministrazione **allegato D**.

Le SS.LL sono inviate a consegnare i moduli, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, preferibilmente presso la segreteria dell'Istituto (Signora Amico) o ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

PEO: tpic81300b@istruzione.it

PEC: tpic81300b@pec.istruzione.it

Nota bene: l'oggetto della mail deve contenere la seguente dicitura: "**Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy**".

Successivamente i genitori saranno contattati dall'Ufficio di Segreteria (sig.ra Amico) per i gli adempimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco.

Si Allegano:

Allegato_A_richiesta_di_somministrazione_farmaco_salvavita

Allegato_B_a_cura_del_Pediatra

Allegato_C_Prosecuzione_della_somministrazione

Allegato_D_Autosomministrazione_farmaci

***F.to La DIRIGENTE SCOLASTICA**

Caterina Agueci

* Firma autografata a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs. n° 39/93

Allegato A

**Alla Dirigente Scolastica
della I.C “ Francesco Vivona”
Calatafimi Segesta**

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

I sottoscritti _____ e _____ genitori di

.....nato a il

residente a in via.....

n.frequentante la classedella Scuola dell'Infanzia/ Primaria/ secondaria di I grado
plesso scolasticoessendo il minore affetto dalla seguente patologia

.....e constatata l'assoluta
necessità, con la presente

chiedono

- 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 figlio/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 individuato dal Dirigente e, 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 delle 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 entrambi 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 112

Privacy policy

Con la presente clausola l'I.C " Francesco Vivona" 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'I.C " Francesco Vivona" 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 Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è la Dirigente Scolastica pro-tempore, Prof.ssa Caterina Agueci..

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (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 esercita la patria
potestà

.....
..
.....

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

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

.....

cell/studio.....

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di
riferimento.....tel.....

...

Firma dei genitori o di chi esercita la patria
potestà

.....
.
.....
..

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI) (*a cura del Pediatra*)

Il minore

CognomeNome
.....

Nato 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 e Firma del Pediatra /MMG

Allegato C

**Alla Dirigente Scolastica
dell'I.C. Francesco Vivona
di Calatafimi Segesta**

OGGETTO: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti _____

_____ Genitori dell'alunno/a _____ nato/a _____

iscritto/a alla classe _____ Sez _____ Plesso _____ ;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita – in caso di bisogno – della

somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti

chiedono la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico _____

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, 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 delle 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 entrambi 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 112

Privacy policy

Con la presente clausola l'I.C. " Francesco Vivona" di Calatafimi Segesta 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'I.C. Francesco Vivona 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 Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è la Dirigente scolastica pro-tempore, Prof.ssa Caterina Agueci dell'I.C. Francesco Vivona di Calatafimi Segesta

I sottoscritti, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

I Genitori

Allegato D

**Alla Dirigente Scolastica
Dell' I.C. " Francesco Vivona" di Calatafimi Segesta**

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....
genitori dell'alunno/a.....
nato/a a.....il.....
residente a in via.....
frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....
sita a in
Via.....

Essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in datadal dott.

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data,

Firma dei genitori

.....

.....