



*Ministero dell'Istruzione e del Merito*  
*Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio*



**ISTITUTO COMPrensIVO DI AQUINO**

**SCUOLA DELL'INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

Viale A. Manzoni snc – 03031 – AQUINO (FR) - Tel. e Fax 0776-728005

e-mail: [fric82300t@istruzione.it](mailto:fric82300t@istruzione.it) PEC: [fric82300t@pecistruzione.it](mailto:fric82300t@pecistruzione.it) Cod. Mecc: FRIC82300T

Sito Web: <http://www.istitutocomprensivoaquino.edu.it>

Prot. N. vedi segnaturo

CIRCOLARE N. 72

A tutto il personale docente  
Ai Genitori e/o esercenti responsabilità genitoriale  
degli alunni dell'Istituto  
p.c.  
Al DSGA  
Albo on line  
Sito web d'Istituto

**OGGETTO: somministrazione farmaci salva vita 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 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 C**) da parte degli alunni.

Le SS.LL., sono invitate a inviare i moduli, corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori, esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

(PEO): [fric82300t@istruzione.it](mailto:fric82300t@istruzione.it)

(PEC): [fric82300t@pecistruzione.it](mailto:fric82300t@pecistruzione.it)

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

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.



**Il Dirigente Scolastico**

**Prof. Antonio Tubiello**

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

I sottoscritti .....  
genitori di .....nato a ..... il .....  
residente a ..... in via.....

n. ....frequentante la classe ..... della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/ Secondaria di I grado  
plesso scolastico. ....essendo il minore affetto 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 rilasciato 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 rilasciato 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'Istituto Comprensivo di Aquino 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 di Aquino 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 il Dirigente scolastico pro-tempore, prof. Antonio Tubiello.

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 esercita la patria potestà

.....  
.....

**Numeri di telefono utili:**

Genitori .....cell/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 di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)*

Il minore

Cognome .....Nome .....

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 del Pediatra di Libera Scelta /MMG**



**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 data .....dal 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 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data,

Firma dei genitori

.....  
.....