



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE "M. Bartolo" – PACHINO**  
**I.T.I.S. : Elettronica e Elettrotecnica – Meccanica, Meccatronica e Energia – Trasporti e Logistica**  
**I.T.I.S. SERALE: Elettronica e Elettrotecnica – Meccanica, Meccatronica ed Energia - Trasporti e Logistica**  
**LICEO : Classico – delle Scienze Applicate – Scientifico – delle Scienze Umane**  
Viale A. Moro sn – 96018 PACHINO (SR) - Tel. e Fax **0931-593596/597915**  
Via Fiume s.n. - 96018 PACHINO (SR) – Tel. e Fax **0931846359**  
Sito Web: [www.istitutobartolo.it](http://www.istitutobartolo.it) - Email: [sris01400g@istruzione.it](mailto:sris01400g@istruzione.it) –  
[sris01400g@pec.istruzione.it](mailto:sris01400g@pec.istruzione.it)  
Codice fiscale: **83002910897**

### SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

Circ. 39

Pachino, 23/09/2021

Ai Docenti  
Al personale ATA  
Ai genitori degli alunni interessati

### **Il Dirigente Scolastico**

- VISTO il documento "Atto di Raccomandazioni del 25 novembre 2005 contenente le Linee-Guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di **somministrazione di farmaci in orario scolastico**", predisposto dal MIUR d'intesa con il Ministero della Salute;

Vista la delibera del Consiglio d'Istituto:

### **DISPONE**

1. la somministrazione di farmaci agli alunni deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio ASL;
2. la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica dell'adulto;
3. la somministrazione deve essere richiesta **FORMALMENTE AL DIRIGENTE SCOLASTICO** da chi esercita la potestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la

prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);

4. qualora si ravvisi la sussistenza di una situazione di emergenza, non ci si può esimere dal prestare il primo soccorso e nei casi in cui si riscontri l'inadeguatezza dei provvedimenti programmabili è obbligatorio, comunque, fare ricorso al Sistema Sanitario Nazionale 118 (avvertendo contemporaneamente la famiglia);

5. il Dirigente Scolastico a seguito della richiesta scritta:

- individua luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione dei farmaci;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA che abbia seguito il corso di primo soccorso di cui al D.Lgs 81/2008) a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati.

Si riportano di seguito i moduli collegati per la formale richiesta di somministrazione dei farmaci.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
prof. Antonio Boschetti

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. lgs n° 39/1993

Moduli collegati:

**Mod.01** Modello di Certificazione medica per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.

**Mod.02** Modello di Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale.

**Mod.03** Modello di Informativa ai sensi dell'art.13 D. Lgs. 196 del 30/06/2003 sottoscritta dal genitore o da chi esercita la responsabilità genitoriale.

**Mod.04** Modello di Dichiarazione di disponibilità alla somministrazione del farmaco e formazione in tema di sicurezza e primo soccorso.

**Modulo 01**

**Certificazione medica per la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o di emergenza in ambito scolastico.**

Al Dirigente Scolastico

.....

(Cognome).....(Nome).....

nato il.....residente.....

affetto da.....Necessita di:

- somministrazione di farmaci in ambito scolastico ad uso cronico
- somministrazione di farmaci in ambito scolastico ad uso emergenza

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i

farmaco/i.....

.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione).....

.....

.....

durata della terapia.....

modalità di conservazione del farmaco .....

.....

.....

Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di particolare emergenza o sintomatologia, indicare i sintomi

.....

.....

.....

.....

- È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.
- Non è prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno.

Data, .....

timbro e firma del medico

**Modulo 02**

**Richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico da parte del genitore o di chi esercita la responsabilità genitoriale.**

Al Dirigente Scolastico

.....  
.....

Il/La sottoscritto/a .....

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale e

Il/La sottoscritto/a .....

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

di (Cognome) ..... ( Nome ) .....

nato il ..... a.....e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola .....

classe .....

**CHIEDONO**

che sia somministrato a.....il/i seguente/i farmaco/i,  
.....coerentemente alla certificazione medica allegata. A tal fine

**AUTORIZZANO**

- La somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, sollevando il personale della struttura ospitante da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.

Numeri di telefono utili: Medico Curante .....

Genitori .....

Fotocopia Documento identità

Data, .....

In fede

Firma .....

*Note*

*La richiesta/autorizzazione ha la validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile nel corso dello stesso anno scolastico se necessario.*

*Nel caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la durata è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.*

*I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia.*

**Modulo 03**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

Al Dirigente Scolastico

.....  
.....

Il/La sottoscritto/a .....

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale e

Il/La sottoscritto/a .....

in qualità di  Genitore  Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale

di (Cognome) ..... ( Nome ) .....

nato il ..... a.....e frequentante nell'anno

scolastico ...../.....

la Scuola .....

classe .....

Autorizzano il trattamento dei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003.

Data, .....

In fede

Firma .....

**Modulo 04**  
**Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni**

Al Dirigente Scolastico

.....

.....

Il/La sottoscritto/a ..... nato a..... il .....

In servizio presso .....

- docente formato primo soccorso.....  SI  NO
- collaboratore scolastico formato primo soccorso.....  SI  NO
- personale amministrativo formato primo soccorso.....  SI  NO

**dichiara**

- la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.
- la propria disponibilità alla formazione in tema di sicurezza e primo soccorso ai sensi del D.L. 626/94 e D.M. 388/2003.

Data ..../..../.....

FIRMA