

ISTITUTO COMPRENSIVO VILLAFRANCA TIRRENA

Codice Scuola **MEIC819005**

Via S. Giuseppe Calasanzio,17- Tel./Fax 090/334517

C. F. 97105960831

98049 VILLAFRANCA TIRRENA (ME)

E – mail meic819005@istruzione.it - meic819005@pec.istruzione.it

sito web: www.icvillafrancatirrena.edu.it

Circ. n. 31

ISTITUTO COMPRENSIVO VILLAFRANCA TIRRENA
Prot. 0013875 del 11/09/2026
IV (Uscita)

AI DOCENTI
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI
dell'I.C. di Villafranca Tirrena

AL D.S.G.A
AL PERSONALE ATA
Loro sedi –

Agli Atti
All'Albo
Al sito

Oggetto: **Disponibilità alla somministrazione farmaci in orario scolastico da parte del personale della scuola. Trasmissione modulistica per docenti e genitori.**

Si invita il Personale in indirizzo a dichiarare entro 5 giorni dalla presente la propria disponibilità a somministrare farmaci in orario scolastico ad alunno/a che necessita di questo intervento garantendo così un'azione tempestiva, mediante compilazione dell'all. A.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e reca l'autorizzazione del medico curante e che, come previsto dal DIM del 25/11/2005 (Linee guida per la somministrazione dei farmaci a scuola) :

- 1) deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio delle ASP;
- 2) non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto;
- 3) deve essere formalmente richiesta dai genitori degli alunni e o dagli esercenti la responsabilità genitoriale, a fronte della presentazione di una certificazione

medica attestante lo stato di malattia dell'alunno con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia).I Sigg.ri genitori utilizzeranno, a tal fine, gli all. B e C.

L'allegato B va firmato dai genitori, l'allegato C dal Pediatra.

- 4) Inoltre gli operatori scolastici possono essere individuati tra il personale docente e ATA che abbia seguito i corsi di primo soccorso ai sensi del Decreto Legislativo n. 626/94.

In assenza di personale scolastico disponibile o idoneo a somministrare il farmaco, i genitori potranno accedere al plesso scolastico liberamente a tal fine o delegare per iscritto altra persona All. D

Potranno anche essere effettuati, su richiesta dei genitori e della scuola, incontri con i Pediatri di riferimento, al fine di fornire al personale scolastico opportune indicazioni.

F.to Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Rossana Ingrassia

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex articolo 3, D.L. 39, 1993

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il /la sottoscritto/a..... personale ATA/Docente

dell'I.C. Villafranca Tirrena presso la sede di.....,,

formazione primo soccorso SI NO

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....

della classe.....

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.

Firma

.....

Allegato B

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI VISTA LA RICHIESTA DEI GENITORI E CONSTATATA L'ASSOLUTA NECESSITA'.

Si prescrive all'alunno

Cognome Nome
Data di nascita..... Residente a.....
in via..... Tel..... Classe.....
della scuola..... sita a.....
in via.....
Dirigente Scolastico

la somministrazione, da parte di personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico, del seguente farmaco:

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

Modalità di somministrazione del farmaco

Orario prima dose da somministrare

Orario secondo dose da somministrare

Orario terza dose da somministrare

Orario quarta dose da somministrare

- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

Note

.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco (CONTIENE DATI SENSIBILI)

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

n.frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/S.S.S.I.G. plesso
scolastico.essendo il minore affetto dalla seguente
patologiae 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 _____;

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

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:

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

referimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

ALLEGATO D

Al Dirigente Scolastico
del'I.C. Villafranca Tirrena– Messina

Il sottoscritto.....padre,
la sottoscritta madre,
genitori di..... nato/a a..... il.....
frequentante la classe del plesso

autorizzano

1. il/la sig.....nato/a a.....il.....

2. il/la sig.....nato/a a.....il.....

alla somministrazione del farmaco.....

così come da prescrizione medica allegata del dott..... indicante
le modalità di somministrazione.

Dichiarano di sollevare l'Istituto e il personale scolastico delegato sopra individuato da ogni
responsabilità per eventuali incidenti che dovessero derivare dalla somministrazione del farmaco
secondo le modalità autorizzate.

Firma padre..... Firma madre.....

(oppure la sola firma di chi esercita la responsabilità genitoriale)