



ISTITUTO COMPRESIVO
"A. SCOPELLITI"
Girifalco (CZ - ITALIA)

Via De Amicis, 1/A - Girifalco
Tel. 09681904234 - 0968202959
CZIC84000C - 80004540797
czic84000c@istruzione.it
czic84000c@pec.istruzione.it
www.icscopellitigirifalco.edu.it



*Anno scolastico 2025/2026
Circolare n. 009*

- Alle famiglie
- Ai docenti
- All'Albo
- e p.c. al Direttore SGA

*dell'Istituto Comprensivo "A. Scopelliti"
Loro Sedi*

Oggetto: Comunicazione somministrazione farmaci

Si comunica che, in caso di necessità di somministrazione agli alunni di farmaci salvavita e/o indispensabili durante l'orario scolastico, è necessario, come previsto dalle norme di settore, attivare una procedura specifica di richiesta e di concessione del servizio.

A tal fine, si richiede di compilare il modulo che si allega (Allegato A) e di inviarlo all'indirizzo mail istituzionale czic84000c@istruzione.it riportando nella mail anche un recapito telefonico attivo.

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti.



*Il Dirigente Scolastico
dott.ssa Caterina Giovanna Coda*

firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art. 3, c. 2, D.Lgs n. 39/93

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.....

..... 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 in data ___/___/___ dal dott./dott.ssa _____;

(oppure)

- che al/la proprio/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 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 della 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 entrambe 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 118

Privacy policy

Con la presente clausola l'I.C. "A. Scopelliti" di Girifalco 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'Istituzione scolastica 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 il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico pro-tempore, dott.ssa Caterina Giovanna Coda.

Allegato A

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 ne esercita la patria potestà

.....

.....

Numeri di telefono utili:

Genitore cell.....

Genitorecell.....

abitazione.....

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

Cell.....studio.....riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà

.....

.....

Oggetto: indicazione 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 Pediatra di libera scelta /MMG