



## **ISTITUTO COMPRESIVO SANDRO PERTINI**

Via Marsala 13 – 27058 Voghera (PV) Tel. 0383- 41371 C.F. 95032770182

Email: [pvic826009@istruzione.it](mailto:pvic826009@istruzione.it) – PEC: [pvic826009@pec.istruzione.it](mailto:pvic826009@pec.istruzione.it)

Sito web: [www.icsandropertinivoghera.edu.it](http://www.icsandropertinivoghera.edu.it) – COD. UNIV. UFFICIO UF1EN



**CIRCOLARE N. 54**

**Voghera, 24/09/2021**

**Al personale Docente  
Al personale ATA  
Ai Signori Genitori  
Agli ATTI**

**Oggetto: Disposizioni sulla somministrazione dei farmaci in orario scolastico**

### **Il Dirigente Scolastico**

-Viste le Raccomandazioni emanate dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e Ministero  
-Vista la Nota Miur n° 019593. Del 13-09-2017 - protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola  
-Valutato che il soccorso di alunni che esigono la somministrazione di farmaci si configura come attività che non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'alunno che interviene;

### **D I S P O N E**

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico si faccia riferimento alle predette linee guida e al Protocollo per la somministrazione di farmaci in orario scolastico allegato alla presente.

**Il personale (docente ed ATA) disponibile alla somministrazione dei farmaci è pregato di compilare l'allegato n. 5**

Distinti saluti.

**Il Dirigente Scolastico  
Dott.ssa Maria Teresa Lopez**

*Firma autografa sostituita a mezzo stampaa ai sensi dell'art.3.comma 2.del D..Lgs.39/3*

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo

"Sandro Pertini"

VOGHERA

Il /La sottoscritto/a .....in qualità di

Genitore \*

Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di.....

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

..... classe.....

CHIEDE

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla  
certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità  
concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene  
svolta da personale non sanitario e sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità  
civile e penale derivante da tale intervento.

Il minore stesso alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del  
farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Si allega:

- Certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla  
somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Numeri di telefono utili:

Medico Curante .....

Genitori .....

VOGHERA, .... / .... / ....

Firma\* .....

Allegato 2

**Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Comprensivo  
DI" Sandro Pertini"  
VOGHERA

Il minore ..... nato il  
.....residente a..... e frequentante codesto  
Istituto scolastico è affetto da: .....  
Pertanto: Necessita

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

- Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo .....
- Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione) .....
- Modalità di conservazione del farmaco .....
- Durata della terapia (fino a diversa comunicazione) .....

È prevista l'autosomministrazione del farmaco indicato da parte dell'alunno

SI  NO

Data, .....

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza

Allegato 3

Verbale di consegna di farmaci da somministrare orario scolastico

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo

"Sandro Sertini"

VOGHERA

In data ..... alle ore ..... la/il sig.....

genitore dell'alunno/a .....

frequentante la classe ..... del plesso ..... consegna nelle mani di

..... una confezione nuova ed integra del

farmaco..... da somministrare all'alunno/a secondo le modalità concordate e

certificate dal personale medico nell'allegato 2, consegnato in segreteria e in copia qui allegata.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato
- comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.
- 

La famiglia è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

.....

Il Dirigente.....

Il Personale della scuola (qualifica).....

I genitori \* .....

\* nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore esercitante la patria potestà.

Si allega:

copia dell'Allegato 2 Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

VOGHERA, .../.../....

Allegato 4

Designazione del personale autorizzato alla somministrazione

A seguito della richiesta inoltrata presso la Direzione dell'Istituto,

dal/i Sig. ....

per il/la figlio/a .....

relativa alla somministrazione di farmaci, il Dirigente Scolastico designa le seguenti persone:

1.

.....

2.

.....

3.

.....

4.

.....

5.

.....

6.

.....

7.

.....

a somministrare il farmaco con le procedure descritte nell'allegato 2.

Per presa visione e conferma della disponibilità:

Personale Docente      Personale ATA

VOGHERA, .... / .... / ....

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria Teresa Lopez

Firma autografa sostituita a mezzo stampa

ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

Allegato 5

Disponibilità a somministrare i farmaci

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo

“ Sandro Pertini”

VOGHERA

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe .....

presso il Plesso.....dell'Istituto Comprensivo di S. Pertini di Voghera ,

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

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella  
documentazione medica prodotta.

Data

FIRMA