



ISTITUTO COMPRENSIVO CASTEL FRENTANO



Viale Cavalieri di Vittorio Veneto, 1 – 66032 Castel Frentano (CH)
C.F. 90015770697 – Tel. 0872 559108 – Cod. Mec. chic81400n
Email: chic81400n@istruzione.it - PEC: chic81400n@pec.istruzione.it

Circ. 8

Castel Frentano, 10/09/2025

ISTITUTO COMPRENSIVO CASTEL FRENTANO
Codice AOO:SEGR_CHIC81400N
Prot. 0004409 del 10/09/2025
IV-8 (Uscita)

Ai Docenti
Ai Genitori
dell'I.C. di Castel Frentano
Agli Atti – al Sito – al RE

OGGETTO: Somministrazione farmaci salvavita a scuola

Si comunica che è assolutamente vietato somministrare farmaci salvavita a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente.

In caso di tali necessità la famiglia deve presentare domanda scritta al Dirigente Scolastico e allegare una specifica prescrizione del medico curante, usando, rispettivamente i moduli 1 e 2, allegati alla presente, da compilare, rispettivamente, dai Genitori e dal medico curante. Nel momento della consegna del farmaco bisognerà compilare il modulo 3 per la stesura del verbale apposito.

I genitori interessati sono invitati a inviare i moduli 1 e 2, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, all'indirizzo di posta elettronica chic81400n@istruzione.it, oppure potranno consegnarli ai Docenti di classe.

Nel momento della consegna del farmaco si dovrà compilare il Verbale di consegna del farmaco a scuola.

ALLEGATI:

- Allegato 1 - Certificazione medica con attestazione per la somministrazione dei farmaci nei locali ed in orario scolastico e piano terapeutico
- Allegato 2 Richiesta di somministrazione farmaco/i nei locali ed in orario scolastico.
- Allegato 3 Verbale di consegna alla scuola del farmaco

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Mirella Spinelli

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D.L.vo n. 39/1993)

**CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA
SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI
NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO**

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dell'alunno/a nato/a a, in data/...../.....
residente in

Codice Fiscale: e Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a
della somministrazione del farmaco, con riferimento ai tempi entro i quali deve
avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;

- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

☐ salvavita oppure

☐ indispensabile;
- Considerato che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia ☐ al genitore dell'alunno/a (oppure) ☐ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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

.....

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome

Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare ○ Mattina (h.) dose da somministrare ○ Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessita di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco

Durata della terapia: dal/...../..... al/...../..... **(Oppure)**

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione del farmaco
.....

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

☐ Sì

☐ No

Necessità di formazione specifica da parte della Azienda USL nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

☐ Sì

☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte della Azienda USL
.....

Luogo

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

In fede

Timbro e Firma del Medico

.....

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Castel Frentano
Indirizzo: Via Cavalieri di Vittorio Veneto,1 – 66032 Castel Frentano (CH)

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

☐ Genitore dello studente/essa, (oppure) ☐ Esercente la potestà genitoriale sullo studente/essa, (oppure) ☐ Studente/essa maggiorenne nato/a

a..... il/...../..... e residente a in Via
....., che frequenta la classe ... sez ... dell'Istituto Comprensivo Castel Frentano sito in Via Cavalieri di Vittorio Veneto,1 Cap 66032 – Castel Frentano (CH)

consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,

- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... /dal Dott., in data .../.../.....;

CHIEDO

anche per conto dell'altro genitore o dell'esercente la potestà genitoriale (barrare la scelta)

☐ che a mio/a figlio/a /a me stesso **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico

(oppure)

☐ che mio/a figlio/a/io, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico

Esprimo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevi il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

Sarà mia cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

Sarà mia cura, inoltre, provvedere 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.

	Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale
Numeri di telefono:		

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs. n. 196/03.

Io sottoscritto, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo

Data

In fede

Firma

____/____/____

(1) Genitore o chi esercita la potestà genitoriale

.

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

Al fascicolo personale dell'alunno di cui in oggetto
Al genitore dell'alunno/all'alunno

Oggetto: *Verbale di consegna di farmaco salvavita/indispensabile da somministrare all'alunno/a*

(da conservare nel fascicolo personale dell'alunno e da dare in copia ai genitori)

In data _____ alle ore _____, la/il sig./sig.ra _____,
(barrare la voce che corrisponde)

☐ genitore dell'alunno/a _____

(oppure) ☐ esercente la potestà genitoriale sull'alunno _____

☐ l'alunno/a _____, nato a _____, il ____/____/____ e residente
a _____, iscritto alla classe _____, sez. _____, dell'Istituto _____,
consegna al Docente di classe _____ un flacone nuovo ed integro del/i farmaco/i:

1) _____

2) _____

da somministrare all'alunno/a _____ come da certificazione medica e Piano Terapeutico
consegnata in segreteria, rilasciata in data ____/____/____ dal (barrare la voce corrispondente):

☐ Servizio di pediatria della Azienda USL _____

☐ medico pediatra di libera scelta dott. _____

☐ medico di medicina generale dott. _____.

Il farmaco verrà conservato, conformemente alle prescrizioni contenute nel Piano terapeutico e nel Piano di intervento personalizzato, nel seguente luogo: _____ con le seguenti modalità _____

Il genitore/ l'esercente la potestà genitoriale si impegna a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario. Si impegna inoltre a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato e a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Luogo _____ Data ____/____/____

Firma dell'incaricato _____

Firma del genitore dello studente _____