



**ISTITUTO COMPRENSIVO "SAN GIROLAMO" VENEZIA**  
/enezia, Cannaregio 3022/A, CAP 30121 Tel. 041 717336 – fax 041 721789  
e – mail [VEIC84200T@istruzione.it](mailto:VEIC84200T@istruzione.it) PEC [VEIC84200T@pec.istruzione.it](mailto:VEIC84200T@pec.istruzione.it)  
Codice Scuola VEIC84200T Codice Fiscale 94071400272  
Codice Univoco Ufficio: UF0I22

Venezia, 16 settembre 2021

Circ. 48

AI GENITORI E AGLI ALUNNI  
AI DOCENTI  
AL DSGA  
AL PERSONALE ATA

## **OGGETTO: RICHIESTE SOMMINISTRAZIONE FARMACI AGLI ALUNNI**

Ai fini della somministrazione di farmaci agli alunni durante l'orario scolastico, si dispone quanto segue:

### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Vista la nota congiunta di Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005 con la quale sono state emanate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica".
- Visto Decreto n. 6 del 27.03.19 della Regione Veneto "Definizione e adozione dei moduli per la richiesta di somministrazione di farmaci a scuola in attuazione della D.G.R. n. 3 del 4.1.2019 "Raccomandazioni in tema di somministrazione di farmaci in orario scolastico a firma congiunta del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e del Ministero della Salute, del 25 novembre 2005. Recepimento"

### DISPONE CHE

in caso di somministrazione di farmaci agli alunni ci si rifaccia alle seguenti linee guida:  
1. la somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal medico curante (Allegato B);  
2. la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale scolastico;

3. la somministrazione deve essere richiesta **formalmente al dirigente scolastico** da chi esercita la potestà sul minore (Allegato A), 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 (Allegato B);

4. 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;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati.

**I moduli A e B collegati per la formale richiesta di somministrazione dei farmaci sono qui di seguito riportati e vanno consegnati al DS con la più assoluta urgenza.**

**Si chiede cortesemente ai genitori che abbiano già presentato richiesta di somministrazione farmaci per l'a.s. 2021/22, di compilare la modulistica allegata ed inviarla all'indirizzo [veic84200@istruzione.it](mailto:veic84200@istruzione.it), scrivendo nell'oggetto della mail "Riservato – richiesta somministrazione farmaci".**

*La scuola declina ogni responsabilità in caso di problematiche o peggioramenti dello stato di salute dell'alunno qualora non sia stata inoltrata documentazione scritta compilando quanto di seguito e secondo le modalità indicate.*

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Barbara BERNARDONE



**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO** \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

\_\_\_\_\_

affetto dalla seguente patologia:

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_

di codesto Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**CONSTATATE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA, RILASCIATA in data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

**I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.**

**SI NO**

Il \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali**

\_\_\_\_\_  
PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

\_\_\_\_\_  
MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE

**Recapiti telefonici utili**

Madre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre o RESPONSABILE GENITORIALE cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_



**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,  
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E  
QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,  
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI  
TIPO SANITARIO**

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

**NOME COMMERCIALE** del farmaco \_\_\_\_\_

**MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOME COMMERCIALE del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DOSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ORARIO 1<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_ 2<sup>a</sup>dose \_\_\_\_\_ 3<sup>a</sup> dose \_\_\_\_\_

Durata della terapia dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista \_\_\_\_\_

Timbro