



**Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca**

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE per IL LAZIO

**ISTITUTO COMPRENSIVO 2<sup>^</sup>**

Via Karl Herold – 03043 CASSINO (FR) – C.F. 90032280605 - Tel. 0776/21372 Fax 0776/325359

✉ [fric85400d@istruzione.it](mailto:fric85400d@istruzione.it) posta certificata ✉ [fric85400d@pec.istruzione.it](mailto:fric85400d@pec.istruzione.it) Sito web [www.iccassino2.gov.it](http://www.iccassino2.gov.it)

Prot. n.5638 B/6

Cassino, 15 settembre 2016

AI DOCENTI /AL PERSONALE  
ATA/AI GENITORI

**COMUNICAZIONE N. 14**

**OGGETTO: Somministrazione farmaci**

**Il Dirigente Scolastico**

**VISTA** la nota comune del 25.11.2005 del Ministero della Pubblica Istruzione e del Ministero della Salute, con cui 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 ed il benessere all'interno della struttura scolastica".

**D I S P O N E**

che in caso di somministrazione di farmaci agli alunni si faccia riferimento alle seguenti disposizioni:

1. La somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal competente servizio ASL;
2. La somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica dell'adulto;
3. La somministrazione deve essere richiesta FORMALMENTE AL DIRIGENTE SCOLASTICO da chi esercita la potestà sul minore 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);
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 (docenti o personale ATA che abbiano seguito il corso di primo soccorso di cui al D.Lgs 81/2008)

La presente circolare viene pubblicata sul sito dell'Istituto.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Prof.ssa Antonella Falso*

I sottoscritti .....

in qualità di

Genitori  Soggetto che esercita la potestà genitoriale

di (Cognome) ..... ( Nome ) .....

nato il ..... e frequentante nell'anno scolastico ...../.....

la Scuola ..... classe .....sez.....

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla  
certificazione medica allegata, per la seguente patologia:

-----  
A tal fine:

AUTORIZZA

Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei  
farmaco/i come indicato, sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti  
sia da possibili errori nella pratica della manovra di somministrazione sia dalle eventuali  
conseguenze sanitarie che tale atto può arrecare al minore.

Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante

Numeri di telefono utili:

Medico Curante .....

Genitori .....

In fede.

Cassino,

Firma .....

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D.Lgs.196 del 30/06/2003

Trattamento dei dati personali e sensibili delle attività di somministrazione di farmaci di uso cronico e/o di emergenza a scuola.

Gentili Genitori,

desidero informarvi che il D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" garantisce che il trattamento dei dati personali e sensibili si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità degli interessati, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Ai sensi della normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Vostra riservatezza ed i Vostri diritti.

Si ricorda che:

- II trattamento dei dati riguarda le attività relative alla somministrazione di farmaci di uso cronico e/o emergenza su minore, nell'ambito scolastico, sia durante le attività formative in aula che durante le uscite didattiche.
- La gestione dei dati sarà effettuata con le seguenti modalità: manuale ed informatizzata.
- I dati possono essere comunicati per finalità istituzionali ad altre ASL, ad Aziende Ospedaliere, al Medico di medicina Generale, all' Assessorato Regionale alla Sanità, al Ministero della Salute.
- II titolare del trattamento è: ...
- II responsabile del trattamento dei dati è: ...
- Ella potrà rivolgersi al Titolare del trattamento o al Responsabile sopraindicato per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e per qualsiasi ulteriore informazione che riterrà opportuna.

Cordialmente

Il Dirigente Scolastico  
(Prof.ssa Antonella Falso)

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili (D. Lgs. 196 del 30/06/03)**

Firma dei genitori

---

---

**Al Dirigente Scolastico ISTITUTO COMPRENSIVO 2 CASSINO**

Oggetto: Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

La sottoscritta docente della classe .....\_SI \_ NO

docente formato primo soccorso..... \_ SI \_ NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....\_ SI \_ NO

presso la scuola .....dell'Istituto Comprensivo 2 Cassino

considerata la richiesta dei genitori dell'alunno

..... della classe.....

essendo stato/a messo/a a conoscenza delle modalità di somministrazione del

farmaco ed avendo preso visione della documentazione medica

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.

Data

FIRMA

# CERTIFICAZIONE MEDICA

Si attesta che il minore (Cognome) ..... (Nome) ..... nato il.....residente a .....

Necessita

della somministrazione di farmaci in ambito scolastico.

Le indicazioni per la somministrazione (**da parte di personale senza cognizioni specialistiche di tipo sanitario e senza l'esercizio di discrezionalità tecnica**) del/dei farmaco/i sono le seguenti:

**nome commerciale del/i farmaco/i**

.....

**modalità di somministrazione** (orari, dose, via di somministrazione, conservazione)

.....  
.....  
.....

**durata della terapia**

.....

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....  
.....  
.....

**Problematiche derivanti da una eventuale non corretta somministrazione del farmaco, e/o eventuali effetti indesiderati**

.....  
.....  
.....

**Indicazioni indispensabili per i somministratori**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Data, .....

timbro e firma del medico