



Unione Europea

FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI

pon  
2014-2020



MIUR

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la programmazione e la Gestione delle  
Risorse Umane, Finanziarie e Strumentali  
Direzione Generale per interventi in materia di Edilizia  
Scolastica per la gestione dei Fondi Strutturali per  
l'Istruzione e per l'Innovazione Digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FESR)



ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO "Alessandro MANZONI"  
Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di 1° grado  
Comuni di **POZZUOLO MARTESANA** e **TRUCCAZZANO**  
sede: Piazzale Pietro NENNI, 1 - 20060 **POZZUOLO MARTESANA (MI)**

Prot. n. 2806/V. 7

Pozzuolo Martesana 14 settembre 2023

Ai genitori – esercenti patria potestà

e p.c.

Ai Docenti delle  
Scuole dell'Infanzia  
Scuole Primarie  
Scuola Secondaria di I° grado  
D.S.G.A.  
Registro Elettronico  
Sito Istituzionale  
dell'Istituto Comprensivo  
loro sedi

**Oggetto: Procedura per la somministrazione di farmaci a scuola.**

Si trasmette per opportuna conoscenza la modulistica relativa all'oggetto.

I genitori degli alunni in possesso di nuova certificazione o di integrazione di certificazione medica, dovranno inviare i seguenti moduli compilati:

- "RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA" (all.2 A)
- "PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA" (all. 1);
- "RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI" (all. D)

all'indirizzo e-mail [didattica@pozzuoloscuole.edu.it](mailto:didattica@pozzuoloscuole.edu.it).



DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof. Matteo Lusso

A.A.Rif.: M. G. Colombo

codice meccanografico: MII08B500Q

[<http://www.pozzuoloscuole.it>]

(tel. n. 02 95 35 97 50 / 02 95 35 60 53 / 02 95 58 03 21 - fax: 02 95 35 86 74)

codice fiscale: 91546610154

e-mail: [manzpoz@tiscali.it](mailto:manzpoz@tiscali.it)



## NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente
- Nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà



FARMACI

PRESCRIZIONE DI FARMACI A SCUOLA - *ex DGR 6919/2017*

( all 1 )

**SOMMINISTRAZIONE IN AMBITO SCOLASTICO DI FARMACI PER TERAPIE CRONICHE O ACUTE CHE PREGIUDICANO GRAVEMENTE LO STATO DI SALUTE**

**INFORMAZIONI DA RIPORTARE NELLA  
CERTIFICAZIONE-PIANO TERAPEUTICO  
REDATTA DAL MEDICO CHE HA IN CURA L'ALUNNO/A**  
( *Pediatra o Medico di Famiglia o Specialista operante nel Servizio Sanitario Nazionale* )

1. Nome e cognome del medico *operante nel Servizio Sanitario Nazionale*
2. Qualifica ( *Pediatra, Medico di Famiglia o Specialista* )
3. Nome, cognome, data di nascita e codice fiscale dell'alunno
4. Farmaco/i da somministrare assolutamente durante l'orario scolastico
  - Principio attivo
  - Nome commerciale
  - Forma farmaceutica
  - Modalità di somministrazione ( da specificare se da parte di terzi o autosomministrazione )
  - Dosaggio e orario
  - Modalità di conservazione
  - Durata ( dal ----- al ----- oppure continuativa )
  - Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione

In caso di **somministrazione di ADRENALINA** per rischio anafilassi

- a) Nome del farmaco
- b) Dose e modalità di somministrazione
- c) Evento che determina l'esigenza di somministrazione del farmaco

**Allegato D**

**RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti .....  
genitori di ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
frequentante la classe ..... della Scuola .....  
sita a ..... in Via .....  
Essendo il minore affetto da ..... e constatata l'assoluta necessità,  
chiedono che **il minore si auto-somministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica  
con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata  
in data ..... dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario solleva lo stesso da ogni  
responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.

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)

Luogo e Data ..... il .....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....  
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante .....

Genitori .....  
.....