



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE e DEL MERITO

ISTITUTO COMPRENSIVO "VIA XVI SETTEMBRE"

Via XVI Settembre, n. 17 – 00053 Civitavecchia (RM) – Tel. 0766/23270 – Fax 0766/580187

C.M. RMIC8GQ00R – C.F. 91064900581 – www.comprensivocivitavecchia1.gov.it RMIC8GQ00R@istruzione.it –
RMIC8GQ00R@pec.istruzione.it

Circolare N. 6

Civitavecchia, 09/09/2026

Al D.S.G.A

A tutto il personale docente

**Ai Genitori degli alunni
dell'Istituto**

Al sito web

OGGETTO: somministrazione farmaci salva vita a scuola.

In merito all'oggetto, con la presente si ricorda 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, predisposti dalla scuola e da compilare, rispettivamente, dai Genitori e dal medico curante. L'assistenza richiesta per gli alunni non deve comportare il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica, ma rientra in un protocollo stabilito dal medico la cui omissione può causare danni alla persona. In casi particolari l'assistenza può essere supportata da un'apposita formazione riguardante il caso specifico.

Il **modulo 1**, da compilare a cura delle famiglie, prevede che i genitori possono chiedere la somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico tramite le seguenti modalità:

1. Somministrazione diretta da parte dei genitori o di persone da essi delegate (allegare alla richiesta nominativi e copia dei documenti di identità delle persone delegate);
2. Richiesta che il personale della scuola si faccia carico di tale mansione.

È necessario segnalare che il personale della scuola può offrire la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci ma non può esserne obbligato in alcun modo.

In ogni caso, in situazioni di emergenza il personale della scuola chiamerà immediatamente le persone che abbiano dato la propria disponibilità (genitori, parenti, medico curante, medici di base del Comune) o, qualora se ne ravvisi la necessità, allenteranno il servizio di emergenza 118.

Nel **modulo 2** il medico, nel rilascio della prescrizione per la somministrazione di farmaci a scuola, attesterà:

1. l'assoluta necessità di somministrazione del farmaco in orario scolastico;
2. tempi, posologia, modalità di somministrazione e di conservazione dei farmaci;
3. la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Anche i genitori che hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a richiedere la somministrazione di farmaci salvavita durante l'orario scolastico sono tenuti a rinnovare la richiesta per il nuovo anno scolastico usando i moduli 1 e 2 allo scopo predisposti.

I genitori interessati sono invitati a inviare i moduli corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

(PEO): rmic8gq00r@istruzione.it

(PEC): rmic8gq00r@pec.istruzione.it

I genitori che fanno l'invio della documentazione dovranno specificare nell'oggetto la dicitura: "Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy").

Successivamente i Genitori verranno contattati dall'Ufficio di Segreteria per i provvedimenti del caso e sulle modalità di consegna del farmaco. I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente.

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Francesca Licciardello

firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993

Allegato 1

Al Dirigente Scolastico
Dell'Istituto _____

OGGETTO: richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
genitori di nato/a a il
residente a in via.....
n. frequentante la classe della Scuola essendo il
minore affetto da una patologia che necessita la somministrazione di farmaci durante il regolare
orario scolastico

chiedono che

☐ al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario,
i farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal
dott./dott.ssa mail tel
ed allegato alla presente;

(oppure)

☐ che sia consentito l'ingresso nell'istituto scolastico delle seguenti persone ai fini della
somministrazione dei farmaci indispensabili o salvavita previsti dal Piano terapeutico redatto dal
dott./dott.ssa ed allegato alla presente;
mail cellulare

Nome	Cognome	C.F.	Documento di identità

Allegati alla presente le copie dei documenti di identità delle persone delegate alla somministrazione dei farmaci

I sottoscritti **esprimono il consenso** affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente
somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevano il medesimo personale da qualsivoglia
responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in
ottemperanza al Piano terapeutico.

I sottoscritti, avranno cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei
farmaci anche in relazione alla loro scadenza.

I sottoscritti si impegnano a comunicare, tramite documentazione medica, ogni eventuale variazione
della terapia.

Si allega:

- apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario

- Modulo di consenso al trattamento dei dati personali, anche di natura sensibile

Luogo e data_____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Contatti genitori (mail - cellulare):

madre_____

padre_____

Eventuale:

Il/ la sottoscritto/a _____, data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data_____

Firma del genitore _____

Numeri di telefono utili:

Genitoricell/abitazione.....

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

Il sottoscritto Dott. _____ medico curante dell'alunno/a _____ Data e
luogo di nascita _____ classe _____ sez _____

DICHIARA

Che l'alunno è affetto/a da patologia che richiede la somministrazione in orario scolastico del seguente
farmaco:

Nome commerciale del farmaco _____

Lotto _____

Scadenza _____

Modalità di conservazione _____

Effetti collaterali _____

Possibilità di auto somministrazione del farmaco da parte dell'alunno/a (per età, esperienza,
addestramento):

- ☐ SI
- ☐ NO

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno secondo le dosi e le scadenze programmate di
seguito indicate:

(oppure)

Il farmaco sopra indicato dovrà essere assunto dall'alunno con urgenza nel caso di insorgenza dei seguenti
sintomi:

- 1) Descrizione dettagliata dei sintomi che richiedono la somministrazione urgente del farmaco

- 2) Descrizione dettagliata dell'intervento terapeutico da mettere in atto:

DICHIARA INOLTRE

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 somministra-
zione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla sommini-
strazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data, luogo _____

Firma
