



Ministero dell'Istruzione e del Merito
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MANUZIO
VIA DELL'OLEANDRO, 4-6 - 04100 LATINA (LT)
Tel. 0773/632009 - Codice Fiscale: 80006180592 - Codice Meccanografico: LTIC804004
ltic804004@istruzione.it; ltic804004@pec.istruzione.it; <http://www.icmanuzio.edu.it>

AI GENITORI DEGLI ALUNNI

e.p.c.

Personale docente e ATA

DSGA

Sito

CIRCOLARE N. 298

Indicazioni per somministrazione farmaco in ambito scolastico

Si comunica che, in caso di richiesta di somministrazione/autosomministrazione agli alunni di farmaci salvavita e/o indispensabili durante l'orario scolastico, è necessario, come previsto dal protocollo somministrazione farmaci Regione Lazio , attivare una procedura specifica di richiesta e di concessione del servizio.

A tal fine, si richiede di compilare il modulo che si allega (Allegato 1) e di **inviarlo entro il 3 settembre 2026** all'indirizzo mail istituzionale LTIC804004@ISTRUZIONE.IT all'attenzione della docente Sabrina Nardella, allegando richiesta al Dirigente scolastico (allegato 1) e modulo prescrizione del medico curante (allegato 2) .

Dopo aver ricevuto il modulo, compilato in ogni sua parte, compreso il Piano terapeutico che è parte integrante del modulo, i genitori o gli esercenti la patria potestà saranno contattati dalla referente scolastica con la quale verrà concordato un appuntamento per la consegna del farmaco.

Si fa presente che solo a seguito di tale incontro e, quindi, della regolarizzazione della procedura, sarà possibile intervenire in caso di bisogno e che, rispetto ad una eventuale emergenza, si allenterà il servizio sanitario locale.



LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Prof.ssa Laura Uliano
(firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993)

Allegato 1

**RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti

e.....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a

.....

frequentante la classe..... della scuola.....

frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....

nell'anno scolastico....., affetto

da.....

e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in data dal

Dott.....

CHIEDONO

(Barrare la voce che interessa)

di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a

di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra.....

di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.

che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con

A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)

B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data,_____

Numeri utili

Telefono fisso.....

Telefono cellulare.....

Telefono Medico curante (Dott)

Allegato 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome Nato

il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola..... plesso

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose ;

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:.....

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare Descrizione

dell'evento che richiede la somministrazione:.....

.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante