



Circ. n. 5

Castellammare di Stabia, 08.09.2025

Ai genitori degli alunni
Ai docenti
Al personale ATA

OGGETTO: Protocollo di somministrazione farmaci salvavita a scuola, modulistica e modalità organizzative.

In merito all'oggetto e in considerazione che nessuna documentazione è ancora pervenuta all'attenzione della scrivente, con la presente si ricorda alle SS.LL che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente e dal protocollo adottato da questa istituzione scolastica che si allega alla presente circolare.

Per necessaria conoscenza, si allegano alla presente i moduli: Allegato 1 (da compilare a cura dei Genitori) e Allegato 2 (da compilare a cura del medico curante) e da portare all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione da parte degli alunni e delle alunne.

Si specifica che la procedura va rinnovata all'inizio di ogni anno scolastico e con la massiva prontezza da parte dei Genitori/tutori degli alunni necessitanti della somministrazione farmaci salvavita in ambito scolastico.

Le SS.LL., sono invitate, altresì, a consegnare i moduli (Allegato 1 e 2), entro il 15 settembre 2025, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, agli uffici di segreteria oppure ad inoltrarli ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica:

(PEO): NAIC847006@istruzione.it

(PEC): naic847006@pec.istruzione.it

È necessario che l'oggetto della mail debba contenere la seguente dicitura: "Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy". Successivamente, i Genitori verranno contattati dall' Ufficio di Segreteria per i provvedimenti di competenza e sulle modalità di consegna del farmaco.

I docenti sono chiamati alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto comunicato con la presente e non procedere assolutamente in maniera autonoma.

N.B. Se qualche docente ha già raccolto autonomamente gli allegati 1 e 2 da genitori o tutori degli alunni, deve immediatamente consegnare la modulistica in segreteria.

Si allega:

- 1) **Allegato 1** - Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico;
- 2) **Allegato 2** - Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Annapaola di Martino
(firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs.vo n. 39/93)

ISTITUTO COMPRENSIVO "LUIGI DENZA – C.MARE 4"

80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d'Orto

Allegato 1

Autorizzazione alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico dell'IC "Denza-C.Mare 4"
di Castellammare di Stabia

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____
_____ (____), il _____, residente a _____
_____ (____), indirizzo: _____

_____ nella
qualità di genitore (o chi ne fa le veci) e

Il/la sottoscritto/a _____, nato a _____
_____ (____), il _____, residente a _____ (____),
indirizzo: _____

_____ nella qualità di genitore (o chi ne fa le veci)

dell'alunno/a nato a il
.....
e

frequentante nell'anno scolastico la classe sezione della
scuola Primaria/Infanzia/Sec. I grado

CHIEDE/ONO

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, come prescritto dal medico
curante nell'allegata attestazione (All.2) e coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine:

AUTORIZZA

- **Il personale** dell'Istituto, alla somministrazione del/dei farmaco/i secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2, consapevole che l'operazione viene svolta da personale non sanitario e **sollevando il personale dell'Istituto da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento.**
- **Il minore stesso** alla autosomministrazione, sotto la vigilanza del personale della scuola, del farmaco secondo le modalità concordate e certificate dal personale medico nell'allegato 2

Si allega:

- **Certificazione sanitaria** rilasciata dal medico curante o da altra struttura sanitaria
- **Allegato 2** Attestazione del medico curante o altro personale sanitario relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci in orario scolastico

Castellammare di Stabia, Data _____

IN FEDE

Nel caso di firma di un solo genitore, in ottemperanza alla nota MIUR, Ufficio II n.5336/ del 2-9-2015:

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta 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.

Numeri di telefono utili: Medico Curante

Genitori

Castellammare di Stabia, / /

Firma* _____

**ISTITUTO COMPRENSIVO
"LUIGI DENZA – C.MARE 4"**

80053 C/Mare di Stabia (NA) – Traversa Fondo d’Orto

Allegato 2

Attestazione del medico curante relativa alla somministrazione/autosomministrazione di farmaci
in orario scolastico

Al Dirigente Scolastico dell’IC “Denza-C.Mare 4”
di Castellammare di Stabia

L’alunno/a
nato/a il.....residente.....e frequentante
codesto Istituto
scolastico è affetto da:

.....
.....

Pertanto:

Necessita

☐ **La somministrazione di farmaci in ambito scolastico**

In caso di

Le indicazioni per la somministrazione del farmaco sono le seguenti:

☐ Nome commerciale del/i farmaco/i e principio attivo

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

☐ Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

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

☐ Modalità di conservazione del farmaco

.....
.....

☐ Durata della terapia (fino a diversa comunicazione)

.....
.....

È prevista l’**autosomministrazione** del farmaco indicato da parte dell’alunno

SI ☐ **NO** ☐

Data,

timbro e firma del medico

Recapito in caso di emergenza