



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE  
"ENRICO FERMI"

Via Miniera Taccia Caci Pirandello s.n.c (ex ASI) – 92021 Aragona (AG)

Cod. mecc. AGIS02400L – Tel. 0922/602498

C.F. 93071340843 - e-mail: [agis02400L@istruzione.it](mailto:agis02400L@istruzione.it) – Pec. [agis02400L@pec.istruzione.it](mailto:agis02400L@pec.istruzione.it) - sito: [www.iisfermi.edu.it](http://www.iisfermi.edu.it)

ITI – SETTORE TECNOLOGICO

Cod. mecc. AGTF024015



IPSIA – SETTORI: SERVIZI – IND. E ART.

Cod. mecc. AGRI024018

Circ. n.15 A. S: 2024/2025

I.I.S.S. - "E. FERMI"-ARAGONA  
Prot. 0012061 del 11/09/2024  
I-7 (Uscita)

AL PERSONALE DOCENTE  
AI GENITORI DEGLI ALUNNI DELL'ISTITUTO  
AL DSGA  
AL SITO WEB  
ALL'ALBO ONLINE

**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.



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "E. FERMI" - ARAGONA**

---

I genitori interessati sono invitati a inviare i moduli, corredati di copia del documento di identità di entrambi i genitori, esclusivamente all' indirizzo di posta elettronica: [agis02400L@istruzione.it](mailto:agis02400L@istruzione.it)

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 Elisa Maria Enga Casalicchio*

Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d.  
Codice dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa

## 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 \_\_\_\_\_ 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;

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

.....

.....

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:**

Genitori .....cell/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 \_\_\_\_\_

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 somministrazione e di conservazione del farmaco; pertanto, il personale scolastico nominato può procedere alla somministrazione pur in assenza di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data, luogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma



## ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "ENRICO FERMI"

Via Miniera Taccia Caci Pirandello s.n.c (ex ASI) – 92021 Aragona (AG)

Cod. mecc. AGIS02400L – Tel. 0922/602498

C.F. 93071340843 - e-mail: [agis02400L@istruzione.it](mailto:agis02400L@istruzione.it) – Pec. [agis02400L@pec.istruzione.it](mailto:agis02400L@pec.istruzione.it) - sito: [www.iisfermi.edu.it](http://www.iisfermi.edu.it)

**ITI – SETTORE TECNOLOGICO**

Cod. mecc. AGTF024015



**IPSIA – SETTORI: SERVIZI – IND. E ART.**

Cod. mecc. AGRI024018

### INFORMATIVA PRIVACY

#### relativa alla somministrazione di farmaci a scuola

Ad integrazione dell'informativa generale già fornita agli interessati per i trattamenti di dati personali operati dalla scuola e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale, cui rimandiamo, forniamo le seguenti informazioni integrative.

A seguito della richiesta inoltrata dai genitori la scuola potrà procedere al trattamento dei dati personali pertinenti, non eccedenti e necessari per la somministrazione di farmaci agli alunni in orario scolastico allo scopo di garantire il benessere, la salute ed il diritto all'istruzione dell'alunno. La base legale per il trattamento dei dati personali necessari alla somministrazione dei farmaci agli alunni a seguito di richiesta inoltrata dai genitori è individuata:

- nell'art. 6, comma 1, lett. a) del GDPR: l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità;
- nell'art. 6, comma 1, lett. d) del GDPR: il trattamento è necessario per la salvaguardia degli interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica.

Per conseguire le finalità sopra individuate saranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (quali, ad esempio, certificati e prescrizioni mediche) che siano indispensabili per garantire lo svolgimento delle attività previste e la sicurezza della somministrazione. Tali dati, che dovranno essere consegnati dal genitore assieme alla richiesta di somministrazione del farmaco, potranno essere portati a conoscenza di tutti coloro che hanno necessità dell'informazione per garantire la sicurezza e la tempestività dell'intervento, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire la somministrazione richiesta;
- Enti territoriali, ASL ed altre strutture pubbliche che, a diverso titolo, possono mettere a disposizione degli operatori ed esperti
- Professionisti incaricati dai genitori dell'allievo
- Gestori del servizio di refezione (ove necessario e se previsto)
- Fornitori di servizi sui sistemi informatici (nominati allo scopo responsabili del trattamento)

I medesimi dati e documenti non saranno oggetto di invio ad altro Istituto destinatario in caso di trasferimento dell'alunno senza il consenso dei genitori.

Non è previsto il trasferimento di dati in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali, quali i diritti dell'interessato, sono a disposizione nell'informativa generale già fornita in occasione dell'iscrizione e pubblicata nella sezione privacy del sito web istituzionale della scuola, cui rimandiamo. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al titolare del trattamento all'indirizzo email:



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "E. FERMI" - ARAGONA

[AGIS02400L@ISTRUZIONE.IT](mailto:AGIS02400L@ISTRUZIONE.IT) o al Responsabile Protezione Dati (RPD/DPO) all'indirizzo email [dpo@vargiuscuola.it](mailto:dpo@vargiuscuola.it) .

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PESONALI NECESSARI ALLA SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACI

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno \_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

di aver preso visione dell'informativa privacy e

### PRESTANO IL CONSENSO

Al trattamento dei dati personali, di natura anche sensibile, necessari per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico a seguito della domanda presentata e secondo le modalità specificate nell'informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firme \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_