

We prepare for

Cambridge

English Qualifications



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
"ISTITUTO COMPRENSIVO "G. B. GRASSI"

RMIC8DL00T C.F.80193090588

Via del Serbatoio, 32 00054 - FIUMICINO (RM)

Tel. 06/65210686 -e-mail – rmic8dl00t@istruzione.it Pec – rmic8dl00t@pec.istruzione.it

Sito Web - www.istitutograssi.edu.it

Codice Univoco IPA: UFB0BL



CIRC. N°57 del 10/10/2025

**ALLE FAMIGLIE DEGLI ALUNNI
AI DOCENTI
AL PERSONALE ATA**

OGGETTO :INTEGRAZIONE MODULISTICA AGGIORNATA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Si comunica che ad integrazione della circ. n°16 relativa alla somministrazione dei farmaci, si inviano in allegato i **modelli aggiornati**. Si fa presente che la procedura e gli adempimenti sono rimasti gli stessi indicati nella circ.n°16

**Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Barbara Durante**

(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)

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 datadal 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.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

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.....)		

N.B.

La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.

La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.

I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**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.....

sita ain Via.....

Dirigente scolastico.....

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:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita
(barrare la scelta):

☐ Parziale autonomia ☐ Totale autonomia

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

AIUTO ALLA COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 1 DA PARETE DEI GENITORI

La richiesta di formazione del personale scolastico sui farmaci “salva vita” ad opera della ASL ROMA 3 va attivato presentandone richiesta al Dirigente Scolastico tramite la compilazione di un modulo composto da 2 fogli: Allegato 1 e Allegato 2.

L'Allegato 1 va compilato dai genitori che presentano la figlia/il figlio, inserendo tutti i dati anagrafici e la richiesta ufficiale di formazione.

Il tipo di richiesta, segnalata con la spunta di una o più voci, varia a seconda della patologia, nonché del farmaco salva vita.

Di seguito alcuni esempi di richieste che si trovano nell'Allegato 1 (distinti per patologia) ai quali si può fare riferimento per la giusta compilazione del modello originale in possesso dalla scuola.

ASMA SENZA DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO:

CASO 1:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ 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)

ASMA CON DISTANZIATORE E SALBUTAMOLO:

CASO 2:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ 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)

ASMA SENZA DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO E BENTELAN E/O CETIRIZINA:

CASO 3:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ 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)

ASMA CON DISTANZIATORE CON SALBUTAMOLO E BENTELAN E/O CETIRIZINA:

CASO 4:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ 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)

ANAFILASSI/EPILESSIA/CONVULSIONI FEBBRILI/DIABETE:

CASO 5:

CHIEDONO
(Barrare la voce che interessa)

ESEMPIO di Allegato 1

- ☐ 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)

Una volta consegnato il farmaco o i farmaci si procederà a compilare la parte successiva, inserendo n° di lotto e scadenza.

Di seguito andranno apposte le firme di ENTRAMBI i genitori o di chi ha la patria potestà sul minore. Se ciò non è possibile va specificato il motivo.

NB. Nel caso di separazioni e affidi esclusivi va fatto firmare dal genitore affidatario e va allegata la sentenza.

In fine vanno inseriti tutti i numeri utili in caso di urgenza, in primis quello dei genitori (anche numero del lavoro) e del medico di riferimento (personale e dello studio) e se la patologia non prevede la perdita di coscienza si possono indicare anche i numeri dei delegati (nonni, zii ecc...).

AIUTO ALLA COMPILAZIONE DELL'ALLEGATO 2 DA PARETE DEL MEDICO

Nella compilazione di questo Allegato il medico deve tener conto che la somministrazione andrà eseguita da personale NON sanitario, quindi dovrà essere particolarmente preciso nella compilazione.

In particolar modo devono essere indicati chiaramente farmaci, dosi e i sintomi che il bambino può manifestare quando il personale scolastico deve agire, in modo da NON poter avere discrezionalità nell'intervento.

NON è necessario allegare altro tipo di documentazione.

Ricordare di mettere data, timbro e firma.

Nome commerciale del farmaco da somministrare:	
Modalità di somministrazione:	
Orario: 1 ^a dose; 2 ^a dose; 3 ^a dose; 4 ^a dose;	
SPAZIO DEDICATO ALLA TERAPIA AD ORARIO. IL FARMACO SALVA VITA NON È TEMPORIZZABILE.	
Durata della terapia:	
Modalità di conservazione:	
Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta):	
☐ Parziale autonomia	☐ Totale autonomia
Terapia d'urgenza	
Nome commerciale del farmaco da somministrare:	
Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:	
Dose:	
Modalità di somministrazione:	
Modalità di conservazione:	
Note	

NB: I precedenti tre fogli hanno solo fini esemplificativi, NON SONO I MODELLI ORIGINALI!
Per gli originali, se non ricevuti insieme al presente Vademecum si prega di riferirsi alla scuola.