



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

I.T.I.S. "MICHAEL FARADAY"

Istituto Tecnico Settore Tecnologico – Liceo Scientifico Scienze Applicate

VIA CAPOSPERONE, 52 – 00122 ROMA

CODICE FISCALE 97714050586 – CODICE MECCANOGRAFICO RMTF350007 – CODICE UNIVOCO U4LR8

06.121.123.625 e-mail: rmtf350007@istruzione.it -pec: rmtf350007@pec.istruzione.it 06.56.62.185

Circolare n. 20 del 15 settembre 2025

Alle studentesse e agli studenti

Alle loro famiglie

Alle RSL d'Istituto

Ai docenti

SITO

OGGETTO: Somministrazione farmaci in ambiente scolastico (a.s. 2025/26)

Si invitano le famiglie degli studenti che necessitano della somministrazione di farmaci salvavita in orario scolastico di inviare entro il giorno di lunedì 22 settembre 2025 i due modelli, debitamente compilati, allegati alla presente comunicazione.

Si specifica, in particolare, che il modulo denominato "**allegato 2**" va compilato esclusivamente a cura del medico curante.

La consegna dei suddetti moduli è indispensabile al fine di avviare le procedure di formazione del personale a cura dell'ASL nel più breve tempo possibile.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



Prof.ssa Rejana Martelli

Rejana Martelli

**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 a in 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