



**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE "VIRGILIO"**  
Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di primo grado  
Via Pergolesi, 13 - 37060 **SONA** (VR)

Tel. 045/6081300 - sito web: [www.icsona.gov.it](http://www.icsona.gov.it)

e-mail: [VRIC814009@istruzione.it](mailto:VRIC814009@istruzione.it) - [VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT)



Circ. n. 21

Sona, 23 settembre 2019

Ai genitori

Ai docenti

Al personale ATA

Al DSGA

**Oggetto:** Disposizioni inerenti l'eventuale somministrazione di farmaci in ambito scolastico - a. s. 2019/20.

In merito alle richieste per gli alunni che devono assumere farmaci in orario scolastico, si precisa quanto segue.

Le famiglie sono pregate di prendere visione delle procedure operative (protocollo) definite dalla normativa recepite dall'Istituto e di compilare i seguenti modelli allegati:

A) il modulo allegato A (richiesta di somministrazione farmaci in situazione di emergenza e autorizzazione al trattamento dati sensibili) compilato e firmato;

B) il modulo allegato B (prescrizione-autorizzazione del medico curante alla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico in caso di emergenza)-

I moduli compilati e firmati vanno consegnati in Segreteria didattica.

Il Dirigente Scolastico  
F.to Prof.ssa Maria Federici





**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VIRGILIO"**

Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di primo grado

Via Pergolesi, 13 - 37060 **SONA** (VR)

Tel. 045/6081300 - sito web: [www.icsona.gov.it](http://www.icsona.gov.it)

e-mail: [VRIC814009@istruzione.it](mailto:VRIC814009@istruzione.it) - [VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT)



Allegato A Decreto n. 6 del 27 marzo 2019

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO** \_\_\_\_\_

I sottoscritti \_\_\_\_\_

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

\_\_\_\_\_

Affetto dalla seguente patologia:

\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_

Di codesto istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITA', CHIEDONO DI PROVVEDERE E  
CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA  
SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI  
FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITA' PRESCRITTE RILASCIATA in  
data \_\_\_\_\_ dal dott. \_\_\_\_\_**

**COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDDETTI  
FARMACI E' ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO  
RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.**

Allegato A Decreto n. 6 del 27 marzo 2019

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. lgs 30-06-2003 n. 196 Codice in materia protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.

SI            NO

Li \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori/Responsabili genitoriali

\_\_\_\_\_  
Padre o Responsabile genitoriale

\_\_\_\_\_  
Madre o Responsabile genitoriale

Recapiti telefonici utili

Madre o Responsabile genitoriale cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Padre o Responsabile genitoriale cell. \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_

Pediatra di libera scelta/MMG/specialista

Cell. \_\_\_\_\_ ambulatorio \_\_\_\_\_



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "VIRGILIO"**

Scuola dell'Infanzia Primaria e Secondaria di primo grado

Via Pergolesi, 13 - 37060 **SONA** (VR)

Tel. 045/6081300 - sito web: [www.icsona.gov.it](http://www.icsona.gov.it)

e-mail: [VRIC814009@istruzione.it](mailto:VRIC814009@istruzione.it) - [VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:VRIC814009@PEC.ISTRUZIONE.IT)



Allegato B Decreto n. 6 del 27 marzo 2019

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO**

- Da consegnare ai genitori/responsabili genitoriali dell'alunno per la presentazione, in allegato alla richiesta di somministrazione dei farmaci, al dirigente scolastico;
- Da inviare in copia all'Azienda ULSS competente (Dipartimento di Prevenzione) da parte del medico curante prescrittore.

**ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI, ACCERTATA LA NECESSITA' DELLA SOMMINISTRZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO, ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO**

**SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In via \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Sito a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Affetto da \_\_\_\_\_

Nel caso in cui si verifichi \_\_\_\_\_

**LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I**

**Nome commerciale del farmaco** \_\_\_\_\_

**MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**DOSE** \_\_\_\_\_

---

**ORARIO 1^ DOSE** \_\_\_\_\_ **2^ DOSE** \_\_\_\_\_ **3^ DOSE** \_\_\_\_\_

**Durata della terapia dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione del farmaco** \_\_\_\_\_

---

**Note** \_\_\_\_\_

**Nome commerciale del farmaco** \_\_\_\_\_

**MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE** \_\_\_\_\_

**Dose** \_\_\_\_\_

**ORARIO 1^dose** \_\_\_\_\_ **2^dose** \_\_\_\_\_ **3^ dose** \_\_\_\_\_

**Durata della terapia dal** \_\_\_\_\_ **al** \_\_\_\_\_

**Modalità di conservazione del farmaco** \_\_\_\_\_

---

**Note** \_\_\_\_\_

---

**Data**

**firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista**

\_\_\_\_\_