



SEDE CENTRALE: Via Cesarò, 36 Erice (Casa Santa)

Cod. M.P.I. TPIS02200A – C.F. 93066580817

☎ 0923 569559 ✉ TPIS02200A@istruzione.it

✉ PEC TPIS02200A@pec.istruzione.it

🌐 www.sciasciaebufalino.edu.it



Comunicazione n. 9

Erice, 12/09/2025

A tutto il PERSONALE
Agli ALUNNI
e, per loro tramite, ai GENITORI
Alla DSGA
TUTTE LE SEDI

OGGETTO: *Somministrazione farmaci salvavita e indispensabili a scuola.*

Si informa che la somministrazione di farmaci ad alunni in orario scolastico è assolutamente vietata senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente e che, come da Protocollo vigente, può avvenire su richiesta formale dei genitori, da presentare all'attenzione del Dirigente Scolastico usando i moduli in allegato che di seguito si descrivono:

- Allegato A *Richiesta di somministrazione farmaco*, da compilare a cura dei genitori;
- Allegato B *Indicazioni per la somministrazione farmaco* (corredato da Piano terapeutico), da compilare a cura del medico curante;
- Allegato C *Prosecuzione somministrazione farmaci*, da compilare a cura dei genitori che hanno provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia);
- Allegato D *Autosomministrazione farmaci*, da compilare a cura dei genitori nei casi di autonoma somministrazione da parte degli alunni;
- Allegato E *Disponibilità somministrazione farmaci*, da compilare a cura del personale appositamente formato che si rende disponibile alla somministrazione del farmaco.

I suddetti moduli devono essere inviati corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori, esclusivamente ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica - tpis02200a@istruzione.it (PEO) oppure tpis02200a@pec.istruzione.it (PEC) - o a consegnarli personalmente presso gli uffici della segreteria in Via Cesarò n. 30, Erice Casa Santa.

Si precisa che l'oggetto della mail deve contenere la seguente dicitura: "*Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy*".

Successivamente alla ricezione della richiesta, 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

Prof. Andrea Badalamenti

(Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3, c. 2 del D. Lgs. n. 39/1993)

OGGETTO: Richiesta di somministrazione farmaco salvavita o indispensabile (CONTIENE DATI SENSIBILI)

I sottoscritti genitori di
.....nato a il residente a
..... in via.....

n. frequentante la classe indirizzo del plesso di essendo il
minore affetto dalla seguente patologia
.....

e constatata l'assoluta necessità, con la presente

chiedono

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data___/___/___ dal dott./dott.ssa_____;
(oppure)

☐ che al/alla proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i **farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento_____ che il medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data___/___/___ dal dott./dott.ssa_____;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi disponibile, 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, consapevoli che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.

I sottoscritti, provvederanno a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'allievo/a medesimo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

I sottoscritti sono consapevoli che tale richiesta non è valida per la somministrazione dei farmaci in caso di partecipazione dell/la figliola ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

I sottoscritti autorizzano il personale della scuola, ad intervenire a sostegno delle funzioni vitali ed alla eventuale somministrazione del farmaco salvavita, in attesa dell'intervento degli operatori del 112.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto d'Istruzione Superiore "Sciascia e Bufalino" di Erice dichiara che il trattamento dei dati personali da Lei forniti sarà effettuato in conformità all'art.11 comma 1 lettere da a) ad e) del D.Lgs. 196/03. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03 comma 1 lettere da a) ad f), l'Istituto d'Istruzione Superiore "Sciascia e Bufalino" di Erice dichiara che il trattamento potrà effettuarsi con o senza l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, nel rispetto delle regole di riservatezza e di sicurezza previste dalla legge e/o da regolamenti interni, compatibili con le finalità per cui i dati sono stati raccolti. Che i dati raccolti non saranno comunicati a terzi se non nei casi previsti od imposti dalla legge e secondo le modalità in essa contenute; che Lei potrà esercitare i propri diritti in conformità a quanto prescritto negli artt. da 7 a 10 del DLgs 196/03; che il Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente scolastico Prof. Andrea Badalamenti.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

FIRMA DEI GENITORI O DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ

.....
.....

Numeri di telefono utili:

cell/padre cell/madre.....
cell/tutore

Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/..... tel. Studio

Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di riferimento..... tel.....

Allegato B

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S.S. "Sciascia e Bufalino" - ERICE**

OGGETTO: indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita o indispensabile (CONTIENE DATI SENSIBILI) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)*

Il minore: Cognome Nome

nato il a Residente a

in via/piazza n. Città.....

- affetto dalla seguente patologia:
.....;
- Considerata l'assoluta necessità per il/la predetto/a alunno/a della somministrazione del farmaco
....., con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:
 - Salvavita;
 - (oppure)
 - indispensabile;
- Considerato 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;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico, resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico (art. 2 DGRT 653/2015).

Si rilascia

☐ al genitore dell'alunno/a (oppure) ☐ all'alunno/a di cui sopra su sua richiesta.

Luogo

In fede

Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....

Allegato C

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S.S. "Sciascia e Bufalino" - ERICE**

OGGETTO: Prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (CONTIENE DATI SENSIBILI).

I sottoscritti _____ e _____, nella qualità di
genitori dell'alunno/a _____ nato/a _____
iscritto/a alla classe _____ Sez _____; avendo inoltrato nel
precedente anno scolastico formale richiesta per la somministrazione del farmaco in orario scolastico;
considerato che nel corrente anno il / la proprio/a figlio/a necessita - in caso di bisogno - della
somministrazione del farmaco e/o la somministrazione - terapia non è mutata, i sottoscritti

CHIEDONO

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per l'Anno Scolastico _____

Inoltre, acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati
idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Luogo

**FIRMA DEI GENITORI O DI CHI
ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ**

.....
.....

Data/...../.....

OGGETTO: RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti
genitori dell'alunno/a
nato/a ail.....
residente a in via.....
frequentante la classe sez del plesso
sito a in Via Essendo il minore effetto
da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed
orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata
autorizzazione medica rilasciata in data dal Dott.

.....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da
ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali
ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data, _____

Firma dei genitori

.....
.....

Allegato E

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.I.S.S. "Sciascia e Bufalino" - ERICE**

OGGETTO: *Disponibilità del personale per la somministrazione farmaci agli alunni.*

Il/la sottoscritto/a.....docente/personale ATA/Asacom/OSS
dell'I.I.S.S "SCIASCIA e BUFALINO" in servizio presso la sede di.....,
considerata la richiesta dei genitori dell'alunno.....della classe.....
dichiara la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci secondo le modalità indicate nella
documentazione medica prodotta (Allegato B e piano terapeutico).

A tal fine dichiara di essere stato formato.

Erice,

FIRMA

PIANO TERAPEUTICO

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco indispensabile

A.1) Necessità di somministrazione quotidiana:

- Orario e dose da somministrare
 - Mattina (h.) dose da somministrare
 - Pasto (prima, dopo) dose
 - Pomeriggio (h.) dose
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

A.2) Necessità di somministrazione al bisogno:

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):
.....
.....

- Dose da somministrare
- Modalità di somministrazione del farmaco
- Modalità di conservazione del farmaco
- Durata della terapia: dal/...../..... al/...../.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- ☐ Sì
☐ No

(Oppure)

B) Nome commerciale del farmaco salvavita

Modalità di somministrazione del farmaco

- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):
.....
- Dose da somministrare
.....

Modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco
.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco:

- ☐ Sì
☐ No

Necessità di formazione specifica da parte dell'ASP nei confronti del personale scolastico individuato per la somministrazione

- ☐ Sì
☐ No

Note per la formazione specifica del personale scolastico da parte dell'ASP
.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

Data/...../.....

.....