



Istituto d'Istruzione Superiore Statale  
**PIAGET-DIAZ**

**SERVIZI PER LA SANITA' E L'ASSISTENZA SOCIALE - MANUTENZIONE E ASSISTENZA TECNICA  
INDUSTRIA E ARTIGIANATO PER IL MADE IN ITALY - SERVIZI CULTURALI E DELLO SPETTACOLO**  
TEL. 06121122585 - SITO WEB: WWW.PIAGETDIAZ.EDU.IT - CODICE MECCANOGRAFICO: RMIS03600V  
C.F.: 97198880581 - IBAN: IT70H0306905020100000046234 - CODICE UNIVOCO: UFPCCA  
P.E.C.: RMIS03600V@PEC.ISTRUZIONE.IT - P.E.O.: RMIS03600V@ISTRUZIONE.IT

Circolare n. 91

Agli alunni e ai genitori  
e p.c. Ai docenti  
Al personale Ata

**OGGETTO:** Protocollo somministrazione farmaci in orario scolastico di Istituto

Visti i protocolli d'intesa sui farmaci a scuola siglato tra Miur - USR Lazio e Regione Lazio di cui al prot. 05985 del 19/02/2018 e il protocollo d'istituto pubblicato sul sito web, si ricorda che per gli alunni che necessitano di attivare il protocollo somministrazione farmaci, i genitori dovranno presentare formale domanda alla scuola.

A tal proposito gli esercenti la responsabilità genitoriale o gli studenti maggiorenni presenteranno, alla segreteria didattica operativa in via Nobileiore 79/a, a mano (in busta chiusa) o via e-mail (all'indirizzo [rmis03600v@istruzione.it](mailto:rmis03600v@istruzione.it)) e per conoscenza all'indirizzo "referentesalute@piagetdiaz.edu.it", gli allegati 1 – 2 - 4 compilati in ogni loro parte (allegato 1 a cura dei genitori, allegato 2 a cura del MMG/PLS, allegato n. 4 per gli studenti maggiorenni).

Roma 29/11/2022

F.to La Dirigente Scolastica  
*Prof.ssa Lucia Gargiulo*

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 D. L. 39/1993

Allegati:

1. Richiesta al Dirigente Scolastico
2. Prescrizione del medico curante alla somministrazione di farmaci in ambito ed orario scolastico – formativo
4. Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di studente / studentessa maggiorenne)

**RICHIESTA  
AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti ..... e .....  
 in qualità di genitori – affidatari- tutori dello studente .....  
 - frequentante la classe..... della scuola.....  
 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 data .....dal 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

ALLO STUDENTE/STUDENTESSA

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^ dose .....; 2^ dose.....; 3^ dose.....; 4^ dose.....;

Durata della terapia:.....

Modalità di conservazione:.....

Capacità dello studente/studentessa 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 dettagliata dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Note.....

Data, .....

Timbro e Firma del Medico curante

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO  
(in caso di studente/studentessa maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....  
nato a ..... il.....  
residente a .....in Via.....  
tel.....  
studente/studentessa che frequenta la classe ..... sez .....  
scuola .....  
sita in Via ..... Cap .....  
Località ..... Prov.....

**COMUNICO**

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....  
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003  
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)  
(barrare la scelta):

SI

NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data, .....