



Istituto Statale Istruzione Superiore
Cipriano Facchinetti di Castellanza
a.s. 2025-2026



Circolare n. 17

Ai genitori degli alunni
Ai docenti
p.c. D.S.G.A.

OGGETTO: Somministrazione farmaci 2025/26

Alle famiglie degli alunni che necessitano della somministrazione improrogabile di farmaci e dispositivi medici in ambito e orario scolastico e per la gestione di patologie complesse.

I moduli da compilare sono due:

- Certificazione dello stato di malattia (Allegato a seguire alla presente)
- Piano terapeutico (che può essere compilato dal Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale o Specialista) (Allegato a seguire alla presente)

I moduli possono essere consegnati alla segreteria, ufficio didattica, nella seguente modalità, nel più breve tempo possibile, entro e non oltre il giorno 19 settembre 2025:

- via mail all'indirizzo vais01900e@istruzione.it, in formato PDF, debitamente compilati specificando nell'oggetto "Modulistica somministrazione farmaci_CognomeNomeClasse"

Castellanza, 16.09.2025

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Patrizia Isabella

- PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

Visto il Protocollo d'Intesa per la somministrazione di farmaci a scuola tra ATS Insubria, ASST Sette Laghi, ASST Valle Olona e Ufficio Scolastico Provinciale di Varese

il/la sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa

Contatto:

in qualità di

- Specialista in
- Pediatra
- Medico di Medicina Generale

prescrive la somministrazione da parte di personale non sanitario in ambito ed in orario scolastico all'alunno/alunna

Cognome e Nome:

.....

Nato il / /, Codice fiscale

.....

residente a in Via

.....

affetto della/delle seguente/i patologia/e

.....

.....

.....

Frequentante: *asilo nido / scuola infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di 1°grado / scuola secondaria di 2°grado*

nome istituto....., sito a

.....

il/i seguente/i farmaco/i

Principio attivo:

.....

Nome commerciale e dosaggio:

.....

Forma farmaceutica:

.....

Tempistiche somministrazione (giorni e orario) e/o evento che richiede la somministrazione:

.....

.....

Durata della prescrizione:

- *Continuativa*
- *dal / / al / /*

Dosaggio da somministrare:

.....

Al Dirigente Scolastico della scuola

.....
.....

RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

il/la/i sottoscritto/a/i

.....

genitore/i o tutore/i dell'alunno

.....

nato/a a il / / , Codice fiscale

.....

frequentate la classe del plesso

.....

chiedo

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.ssa.....
nell'allegata prescrizione redatta in data / /

- **sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola**

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco.

- **mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti**

Note:

- la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;
- i farmaci prescritti vengono consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza, lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico e ritirate a fine anno scolastico le eventuali rimanenze;
- nel caso di compilazione e firma di un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro che esercita la potestà.

Data

Firma

Si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili da parte di terzi ai sensi del D.Lgs. 196/03, esclusivamente se utile e finalizzato a rispondere alla presente richiesta e ad AREU per eventuali interventi in regime di urgenza

Data

Firma

Per eventuali integrazioni rispetto a quanto compilato si chiede cortesemente di allegare ulteriore documentazione