

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



Circolare n. 100

Al personale docente

Agli studenti ed alle famiglie

OGGETTO: Calendario incontri con genitori studenti classi prime

Si comunica il calendario degli incontri con i genitori degli studenti delle classi prime, che si terranno in presenza presso la sala della Biblioteca del nostro istituto, per comunicazioni della dirigenza relativamente all'inizio del nuovo anno scolastico:

- lunedì 10.11.2025

dalle ore 17:00 alle 17:30 1QI - 1GI

dalle ore 17:30 alle 18:00 1AI - 1BI

- martedì 11.11.2025

dalle ore 17:00 alle 17:45 1FEN - 1CAT - 1DCH

dalle ore 17:45 alle 18:30 1CleFP - 1DleFP - 1EleFP

- mercoledì 12.11.2025

dalle ore 17:00 alle 17:30 1AIP - 1BIP

dalle ore 17:30 alle 18:00 1EM – 1IM

Con l'occasione i genitori che non sono stati ancora nelle condizioni di ritirare le credenziali per l'accesso al registro elettronico, potranno farlo recandosi nell'ufficio di segreteria didattica.

Si caldeggia la partecipazione in massa dei genitori per un primo importante riscontro relativamente all'inserimento degli studenti nelle dinamiche scolastiche.

Castellanza, 05.11.2025

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 ain Via
affetto della/delle seguente/i patologia/e
Frequentante: asilo nido / scuola infanzia / scuola primaria / scuola secondaria di 1ºgrado / scuola secondaria di 2 ºgrado
nome istituto, sito a
il/i seguente/i farmaco/i
Principio attivo:
Nome commerciale e dosaggio:
Forma farmaceutica:

Tempistiche somministrazione (giorni e or	ario) e/o evento che richied	e la somministrazione:
Durata della prescrizione:		
Continuativadal / al /	/	
Dosaggio da somministrare:		
Modalità di somministrazione:		
da parte di terziautosomministrazione		
Indicazioni riguardanti la conservazione d	del/dei farmaco/farmaci:	
Eventuali	ulteriori	indicazioni:
In tutti i casi in cui si ravvisi un caratte comporre il numero unico dell'emergenz		comunque indispensabile
Prescrizione di somministrazione di ADREN	NALINA per rischio anafilassi:	Sì / No
Se sì,		
Nome del farmaco:		
Dose e modalità di somministrazione:		
Evento che determina l'esigenza di somr	ninistrazione del farmaco:	
In caso di richiesta di intervento, la scuolo	ı comunica all'operatore del	la Sala Operativa Regionale

112 che trattasi di un paziente per cui è attivo il "PROTOCOLLO FARMACO" e che necessita della somministrazione di adrenalina per rischio di anafilassi affinché l'evento sia gestito tempestivamente.

Il sottoscritto dichiara e attesta:

- l'assoluta necessità della somministrazione in orario scolastico;
- 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 ed alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Per eventuali integrazioni rispetto a quanto compilato si chiede cortesemente di allegare ulterio	ore documentazione
•	Al Dirigente Scolastico della scuola
•	
RICHIESTA E AUTORIZZAZIONE SOMMINISTRAZIONE I	FARMACI A SCUOLA
il/la/i sottoscritto/a/i	
genitore/i o tutore/i dell'alunno	
nato/a ail/, Codice	
, Codice	iiscale
frequentate la classe del plesso	
chiedo	
che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante Dr./Dr.s nell'allegata prescrizione redatta in data / /	ssa
sia/siano somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale de Autorizzo contestualmente il personale scolastico identifica somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni re somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indica Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni even della modalità di somministrazione del farmaco.	nto dal Dirigente Scolastico alla sponsabilità civile derivante dalla te dalla prescrizione medica.

Note:

supervisione dei docenti

 la validità della richiesta corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata del ciclo scolastico in caso di terapia continuativa;

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la

- 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

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 eventua
interventi in regime di urgenza

Data

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