



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 - 1DieFP - 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 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:

.....

.....

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

.....

- da parte di terzi
- autosomministrazione

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

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

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