



**Istituto Comprensivo Statale “Paolo Neglia”
Vanzago - Pogliano M.se**

via Garibaldi, 27 - 20043 VANZAGO
tel. 02.9341968
www.icpaoloneglia.edu.it
e-mail: MIIC8BU003@istruzione.it
PEC: MIIC8BU003@pec.istruzione.it
cod. mecc. MIIC8BU003 - c.f. 93527530153

scuola dell'infanzia “Padre Bernasconi” di Pogliano
Milanese scuola dell'infanzia “C. Collodi” di Vanzago
scuola primaria “Don L. Milani” di Pogliano
Milanese scuola primaria “Paolo Neglia” di
Vanzago
scuola secondaria di I grado “A. Ronchetti” di Pogliano
M.se Uffici Segreteria: Via Garibaldi 55 -Pogliano M.se

Pogliano Milanese, 08 settembre 2026
Circolare n. 3

**Agli Alunni e alle Famiglie
A tutti i Docenti dell'ICS “Paolo Neglia”
AI DSGA
Al personale ATA**

Agli atti, all'Albo

Oggetto: Somministrazione farmaci a scuola

Si rammenta la procedura da osservare per la somministrazione farmaci.

La famiglia dovrà consegnare presso la segreteria la modulistica della richiesta corredata di certificazione medica attestante le modalità di somministrazione.

La somministrazione con specifica autorizzazione degli organi competenti vede coinvolti ciascuno con le proprie responsabilità:

- La famiglia dell'alunno o chi esercita la potestà genitoriale
- La scuola con il dirigente scolastico e tutto il personale
- I servizi sanitari
- Gli enti locali

La procedura che permette la somministrazione prende avvio dalla richiesta scritta della famiglia (modulistica allegata), corredata da apposita certificazione medica attestante lo stato di malattia con la prescrizione specifica dei farmaci da assumere con la conservazione, la modalità e i tempi di somministrazione e la posologia.

Dopo il controllo da parte della segreteria di tutta la documentazione, inclusa la richiesta da parte dei genitori, il dirigente scolastico attiverà la procedura che prevede:

- individuazione del luogo idoneo per la conservazione e somministrazione del farmaco;
- autorizzazione, qualora richiesta, da parte dei genitori dell'alunno/a ad accedere ai locali scolastici durante le ore di lezione per la somministrazione del farmaco;
- verifica della disponibilità del personale docente e ATA a somministrare il farmaco.

Il Dirigente Scolastico

Laura Turotti

Firma autografa omessa
ai sensi dell'art. 3 del D.LGS N. 39/1993

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C.S. "Paolo Neglia", Pogliano Milanese

OGGETTO: Richiesta di somministrazione farmaco salvavita

I sottoscritti
genitori di nato a il
residente a in via.....
n. frequentante la classe della Scuola dell'Infanzia/ Primaria/S.S.S.I.G. plesso scolastico.
.....essendo il minore affetto dalla seguente
patologia e constatata
l'assoluta necessità, con la presente

chiedono che

☐ 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/la 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 del/la figlio/a ai viaggi di istruzione e/o visite guidate, per le quali si necessita apposita dichiarazione firmata da entrambi i genitori.

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C.S " Paolo Neglia", Pogliano Milanese

OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti.....genitori
dell'alunno/a.....
nato/a ail.....
residente a in via.....
frequentante la classe.....sez.....della Scuola.....
sita a in Via.....

Essendo il minore affetto 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 datadal 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).

La “richiesta di autorizzazione alla somministrazione farmaci in ambito scolastico” deve essere accompagnata da una dichiarazione, rilasciata anche dal medico di base/pediatra, con:

- Nome del farmaco;
- Piano terapeutico (quando va somministrato, come, dove e come va conservato, durata terapia);
- Certificazione del medico circa la capacità dell'alunno di autosomministrarsi il farmaco.

Privacy policy

Con la presente clausola l'Istituto " _____ " di _____ 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 Comprensivo di _____ 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 pro-tempore, dott. _____.

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.

Data,

Firma dei 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 "Paolo Neglia" di Pogliano Milanese 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 Comprensivo "Paolo Neglia", Pogliano Milanese, 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 pro-tempore, dott.ssa De Pietro Giovanna.

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:

Genitoricell/abitazione.....
Pediatra di libera scelta(PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG)
cell/studio.....
Se seguito/a presso Centro Specialistico indicare il nome dello specialista e la struttura di
riferimento.....tel.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

PIANO TERAPEUTICO

A cura del PLS/MMG

Alunno/a: Cognome Nome

A) Nome commerciale del farmaco **indispensabile**

A.1) Necessita di somministrazione quotidiana:

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

A.2) Necessita 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/...../.....

Luogo

In fede
Timbro e Firma del Medico

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