

	 Ministero dell'Istruzione e del Merito <i>Ufficio Scolastico Regionale per la Sicilia</i> ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SAN GIUSEPPE JATO/SAN CIPIRELLO Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado ad indirizzo musicale C/da Mortilli s.n.c. - C.A.P. 90048 San Giuseppe Jato (PA) - PAIC 884002 E-mail: paic884002@pec.istruzione.it - paic884002@istruzione.it - Tel. 091/8579953 http://www.scuoledejojato.edu.it C.F. 97167430822	
---	--	---

Circ. n. 15

**A TUTTI I GENITORI DEGLI ALUNNI
A TUTTI I DOCENTI
ALLA DSGA
SITO**

Oggetto: Somministrazione farmaci salva vita a scuola e/o indispensabili - a.s. 2026/2027

Con la presente si ricorda che è assolutamente vietato autosomministrare o somministrare farmaci salvavita e/o indispensabili a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente.

Si invitano i genitori/esercenti responsabilità genitoriale dei minori che richiederanno, per patologia, la somministrazione di farmaci, a scuola, a compilare e consegnare, presso la segreteria alunni, la richiesta, di cui in allegato, debitamente compilata in tutte le sue parti.

Occorrerà richiedere la somministrazione del farmaco a cura del personale scolastico o della famiglia o di personale designato dalle famiglie o l'auto somministrazione del farmaco ad opera del minore, qualora sia in grado di farlo in autonomia.

Anche i genitori che hanno provveduto negli anni scolastici precedenti a richiedere la somministrazione di farmaci salvavita durante l'orario scolastico sono tenuti a rinnovare la richiesta per il nuovo anno scolastico usando i moduli allo scopo predisposti.

I genitori interessati sono invitati a presentare tutti i moduli, entro il 21/09/2026, corredati da copia del documento di identità di entrambi i genitori, presso gli uffici di segreteria

Si allegano:

Allegato 1 : certificazione medica (Piano terapeutico)

Allegato 2 : richiesta somministrazione farmaco

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Francesco Piazza

RICHIESTA AUTOSOMMINISTRAZIONE FARMACI

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IC SAN GIUSEPPE JATO - SAN CIPIRELLO**

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Io sottoscritto/a _____

nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nella qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale del minore

nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a _____ Provincia _____ CAP _____ Via

_____ n° _____ frequentante la classe ____ sez ____

CHIEDONO

che il farmaco indicato nel piano terapeutico / certificato medico/ dichiarazione allegato/a alla presente

☐ venga autosomministrato dal minore stesso sotto la supervisione di personale scolastico **esonero lo
stesso da qualsivoglia responsabilità**

DICHIARANO

✓ sarà nostra/mia cura e responsabilità provvedere alla fornitura del farmaco.

Si allega copia dei documenti di identità di entrambi i genitori.

Firma 1 _____

Firma 2 _____

Nel caso di genitori separati/divorziati è prevista firma di entrambi i genitori (cfr. art. 155 del codice civile, modificato da L. n. 54 8/02/06), altrimenti, a firma di affidatario, il quale si obbliga a comunicare alla scuola eventuali variazioni dell'affido. I genitori dichiarano se concordano che la scuola effettui le comunicazioni più rilevanti, tra cui quelle relative alla valutazione, a entrambi i genitori o soltanto all'affidatario. "Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori"

Firma _____

AUTORIZZAZIONE

PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

REDATA AI SENSI DEGLI ARTT. DA 13 A 15 DEL REGOLAMENTO U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

RIFERIMENTO: DECRETO-LEGGE 7 gennaio 2022, n. 1

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____ madre/padre/tutore
documento di riconoscimento Patente/carta d'identità n° _____

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____ madre/padre/tutore
documento di riconoscimento Patente/carta d'identità n° _____

del/della minore _____ della classe _____

DICHIARA / DICHIARANO

- di avere ricevuto l'informativa fornita dal Titolare del trattamento;

- che nulla osta al rilascio della seguente autorizzazione:

trattamento dei dati personali consistenti nella trasmissione/condivisione dei dati anche di nature medico - sanitaria, non registrati in una banca dati, eventuale utilizzazione dei dati per finalità a valenza non esterna.

Il trattamento dei dati nelle modalità sopra esposte si attiverà esclusivamente nelle seguenti occasioni:

- gestione delle procedure relative alla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico del minore sopra individuato.

PRENDE ATTO / PRENDONO ATTO

che esclusiva finalità di tale trattamento è predisporre le procedure da attuare relative alla richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico.

Il presente consenso potrà essere revocato in ogni tempo ai sensi degli artt. da 15 a 22 e dell'art. 34 del GDPR con comunicazione da inviare via e-mail all'attenzione del Dirigente Scolastico .

DICHIARA/DICHIARANO INOLTRE

di prestare il consenso al Trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003).

Firma del genitore o tutore

Firma del genitore o tutore

In caso di **firma di un solo genitore**, va sottoscritta anche la parte sottostante.

"Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la sua estesa firma in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori".

Firma leggibile del padre/madre/tutore

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA (All. 2)

**Al Dirigente Scolastico
Dell'IC San Giuseppe Jato- San Cipirello**

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Io sottoscritto/a _____
nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

nella qualità di genitori/esercanti la responsabilità genitoriale del minore _____

_____ nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
residente a _____ Provincia _____ CAP _____
Via _____ n° _____
frequentante la classe _____

CHIEDONO

che il farmaco indicato nel piano terapeutico / certificato medico allegato alla presente

(indicare l'opzione desiderata)

☐ venga somministrato in ambito scolastico a cura di personale della scuola appositamente formato;

☐ venga somministrato in ambito scolastico a cura del seguente personale esterno per il quale si chiede l'autorizzazione all'accesso;

✓ nome e cognome _____
nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

✓ nome e cognome _____
nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

✓ nome e cognome _____
nato a _____ il ____/____/____/ C. Fiscale

Allegare documento di identità del delegato / dei delegati.

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

Il / i sottoscritti/o, consapevole/i che tale richiesta ha valore per l'intero ciclo scolastico

- ✓ sarà nostra/mia cura e responsabilità provvedere inoltre alla fornitura all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla scadenza degli stessi;
- ✓ sarà nostra/mia cura e responsabilità provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio/trasferimento nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico lo stato di salute dell'allievo medesimo e della necessità di somministrazione di farmaci e/o della modifica o sospensione del trattamento, affinché il personale scolastico possa essere adeguatamente informato e formato e darsi la necessaria organizzazione

Firma 1 _____

Firma 2

Firma _____

AUTORIZZAZIONE

PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

REDATTA AI SENSI DEGLI ARTT. DA 13 A 15 DEL REGOLAMENTO U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)

RIFERIMENTO: DECRETO-LEGGE 7 gennaio 2022, n. 1

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____ madre/padre/tutore
documento di riconoscimento Patente/carta d'identità n° _____

Il/la sottoscritto/a sig./sig.ra _____ madre/padre/tutore
documento di riconoscimento Patente/carta d'identità n° _____

del/della minore _____ della classe _____

DICHIARA / DICHIARANO

- di avere ricevuto l'informativa fornita dal Titolare del trattamento;
- che nulla osta al rilascio della seguente autorizzazione:

trattamento dei dati personali consistenti nella trasmissione/condivisione dei dati anche di nature medico - sanitaria, non registrati in una banca dati, eventuale utilizzazione dei dati per finalità a valenza non esterna.

Il trattamento dei dati nelle modalità sopra esposte si attiverà esclusivamente nelle seguenti occasioni:

- gestione delle procedure relative alla somministrazione dei farmaci in ambito scolastico del minore sopra individuato.

PRENDE ATTO / PRENDONO ATTO

che esclusiva finalità di tale trattamento è predisporre la procedura da attuare relativa alla richiesta di somministrazione farmaci in ambito scolastico.

Il presente consenso potrà essere revocato in ogni momento ai sensi degli artt. da 15 a 22 e dell'art. 34 del GDPR con comunicazione da inviare via e-mail all'attenzione del Dirigente scolastico.

DICHIARA/DICHIARANO INOLTRE

di prestare il consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003).

Firma del genitore o tutore

Firma del genitore o tutore

In caso di **firma di un solo genitore**, va sottoscritta anche la parte sottostante.

“Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver rilasciato la sua estesa firma in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317, 337ter e 337 quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma leggibile del padre/madre/tutore
