



# ISTITUTO TECNICO ECONOMICO STATALE "CAIO PLINIO SECONDO"

CORSI DIURNI E SERALI

Via Italia Libera, 1 – 22100 COMO Tel. 031/3300711 - Fax 031/3300739

Succursale Via Jacopo Rezia, 9 Tel. 031/266445 - Fax 031/269786

Sito Internet: <http://www.caioplinio.edu.it>

E-Mail: [cotd01000g@istruzione.it](mailto:cotd01000g@istruzione.it)

Codice fiscale 80018180135



Prot.come da segnatura

CIRCOLARE N. 9 a.s. 2024-2025

Como, 12/9/2024

AI GENITORI E AGLI ALUNNI

➤ AI DOCENTI

➤ AL DSGA E AL PERSONALE ATA

➤ AL SITO

## Oggetto: Informazioni relative allo stato di salute e somministrazione farmaci

Ai fini della prevenzione e della salvaguardia dello stato di salute degli alunni si invitano i genitori a comunicare ai docenti e a consegnare **al Dirigente Scolastico (la richiesta va rinnovata ogni anno scolastico)** tutta la documentazione a supporto riguardante eventuali patologie dei figli (cardio-respiratorie, allergie, recenti fratture, diabete, ecc.) che potrebbero determinare situazioni problematiche durante lo svolgimento delle attività scolastiche **e in particolare quelle di scienze motorie/ sportive, consegnandone copia al docente di scienze motorie**. Inoltre per la somministrazione di farmaci in orario scolastico si dispone quanto segue:

### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Vista la nota congiunta di Ministero della P.I. e Ministero della Salute del 25.11.2005 con la quale sono state emanate le "Linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, al fine di tutelarne il diritto allo studio, la salute e il benessere all'interno della struttura scolastica".
- Visto il Protocollo d'intesa tra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia prot miur 19593 del 13.09.2017 relativo alla somministrazione di farmaci a scuola

### DISPONE

che in caso di somministrazione di farmaci a studenti ci si rifaccia alle seguenti linee guida:

1. la somministrazione deve avvenire sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dal medico curante o dal competente servizio ATS (ex ASL);
2. la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale scolastico;
3. la somministrazione deve essere richiesta **formalmente al dirigente scolastico** da chi esercita la potestà sul minore a fronte della presentazione di una certificazione medica attestante lo stato di malattia e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (conservazione, modalità e tempi di somministrazione, posologia);
4. il Dirigente Scolastico a seguito della richiesta scritta:
  - individua luogo fisico idoneo per la conservazione dei farmaci;
  - concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali scolastici ai genitori o a loro delegati, per la somministrazione;
  - verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio (docenti o personale ATA che abbia seguito il corso di primo soccorso) a garantire la continuità della somministrazione ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati.

I moduli 01 e 02 collegati per la formale richiesta di somministrazione dei farmaci sono qui di seguito riportati e vanno consegnati al DS con la più assoluta urgenza. *La scuola declina ogni responsabilità in caso di problematiche o peggioramenti dello stato di salute dell'alunno qualora non sia stata inoltrata documentazione scritta compilando quanto di seguito e secondo le modalità indicate.*

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Giovanna Bernasconi

Firma autografa sostituita a mezzo

stampa ai sensi dell'art 3, comma 2 del DLgs n. 39/93

L'alunno (Cognome) .....(Nome) .....  
nato il ..... residente a .....

Necessita

- La somministrazione di farmaci in ambito scolastico
- La definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto socio sanitario

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

nome commerciale del/i farmaco/i

.....  
.....

modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

.....  
.....

durata della terapia

.....

(Nel caso di indicazione a somministrare il farmaco in presenza di una particolare sintomatologia, indicare i sintomi)

.....  
.....

È prevista l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per

.....  
.....

Data, .....

Timbro e firma del medico

**Modulo 02**

Al Dirigente Scolastico  
dell'Istituto Tecnico Economico  
Caio Plinio di Como

Il/La sottoscritto/a ..... in qualità di

Genitore

Soggetto che esercita la potestà genitoriale/ Alunno maggiorenne

di Cognome ..... Nome .....

nato il..... e frequentante nell'anno scolastico 2024/2025

l'Istituto Tecnico Economico Caio Plinio Secondo di Como

classe .....

CHIEDE

Che sia somministrato all'alunno sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata.

A tal fine

AUTORIZZA

Il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, fornendo il farmaco e sollevando gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

l'alunno stesso alla auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato.

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante.**

Numeri di telefono utili

Medico Curante .....

Genitori .....

Acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi del DLgs 196/2003 e del GDPR Regolamento UE 2016/679 .

In fede.

Data, .....

Firma .....