



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
LICEO STATALE "DEMOCRITO"
CLASSICO e SCIENTIFICO

Viale Prassilla, 79 - 00124 Roma ☎ 06/121123822 – Distretto XXI
e-mail istituzionale: rmps65000q@istruzione.it - PEC: rmps65000q@pec.istruzione.it
indirizzo internet: www.liceodemocrito.edu.it
Cod. Fisc. 97040180586 - Cod. Mecc. RMPS65000Q
Succursale: Largo Theodor Herzl, 51 - 00124 Roma tel. 06/121125065

Al personale Docente
Al DSGA
Agli esercenti la responsabilità genitoriale degli alunni
A tutto il personale ATA
Albo di Istituto
Sito web sez. circolari

Circolare n.602

OGGETTO: Somministrazione farmaci salvavita a scuola

Al fine di predisporre tutte le azioni necessarie a garantire la salute degli alunni e dei lavoratori della scuola che necessitano di somministrazione dei farmaci salvavita per il prossimo anno scolastico, organizzando fin da subito la formazione del personale, si invitano le famiglie degli alunni che necessitano della somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico e i lavoratori della scuola, a prendere visione del **protocollo d'intesa tra MIUR e Regione Lazio** e a consegnare, **entro e non oltre il 9 luglio** i seguenti documenti:

- **certificazione medica** che attesta la patologia;
- **allegati 1 e 2** da compilare rispettivamente a cura dei genitori di alunno minorenni o del lavoratore e del medico curante;
- **allegato 4** nel caso di alunno maggiorenne in grado di autosomministrare il farmaco.

I moduli, debitamente compilati, **firmati da entrambi i genitori o dal lavoratore** e corredati dalle fotocopie dei **documenti di entrambi i genitori o del lavoratore o dell'alunno maggiorenne**, devono essere consegnati alla Segreteria Didattica **entro il 9 luglio 2026**.

Si allegano alla presente gli allegati 1, 2 e 4.

Roma, 15/06/2026

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Giuseppe Desideri

**RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA**

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe..... della scuola.....
 frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....
 nell'anno scolastico....., affetto da.....
 e constatata l'assoluta necessità di somministrazione di farmaci in ambito e orario scolastico, come da prescrizione medica allegata, rilasciata in datadal Dott.....

CHIEDONO
 (Barrare la voce che interessa)

- di accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco a nostro/a figlio/a
- di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata: Sig/ra _____
- di individuare, tra il personale scolastico o formativo, gli incaricati ad effettuare la prestazione, di cui **autorizzano formalmente** fin d'ora l'intervento, esonerandoli da ogni responsabilità, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.
- che il minore si auto-somministri la terapia farmacologica con
 - A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
 - B. L'affiancamento del personale scolastico/formativo (controllo delle modalità di auto somministrazione)

Con la presente si acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/2003.

Si consegnano n.....confezioni integre, Lotto.....scadenza.....

Si allega prescrizione medica

Qualora sia apposta la firma di un solo genitore, **questa si intende apposta anche quale espressione della volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale.**

In fede

Firma dei Genitori o Esercenti la potestà genitoriale

Data, _____

Numeri utili	
Telefono fisso.....
Telefono cellulare.....
Telefono Medico curante (Dott.....))

N.B.
 La richiesta/autorizzazione va consegnata al dirigente scolastico.
 La richiesta ha validità specificata dalla durata della terapia ed è comunque rinnovabile, se necessario, nel corso dello stesso anno scolastico. In caso di necessità di terapia continuativa, che verrà specificata, la validità è per l'anno scolastico corrente ed andrà rinnovata all'inizio del nuovo anno scolastico.
 I farmaci prescritti per i minorenni vanno consegnati in confezione integra e lasciati in custodia alla scuola per la durata della terapia.

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO O FORMATIVO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO,
IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO

ALL'ALUNNO

Cognome.....Nome

Nato il..... a.....

Residente a

In via.....

Frequentante la classe.....della scuola.....

sita ain Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

Orario: 1^a dose; 2^a dose.....; 3^a dose.....; 4^a dose.....;

Durata della terapia:

Modalità di conservazione:.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita
(barrare la scelta):

- Parziale autonomia Totale autonomia

Terapia d'urgenza

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione:.....

Dose:.....

Modalità di somministrazione:

Modalità di conservazione:.....

Note.....

.....

Data,

Timbro e Firma del Medico curante

**COMUNICAZIONE DI ASSUNZIONE DI FARMACI IN ORARIO ED AMBITO SCOLASTICO
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/Responsabile struttura formativa

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome).....
nato a il.....
residente ain Via.....
tel.....
studente/studentessa che frequenta la classe sez
scuola
sita in ViaCap
Località Prov.....

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/2003
(i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone)
(barrare la scelta):

SI NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data,