



Ministero dell'Istruzione e del Merito - Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto

**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VR 14 SAN MASSIMO**

Via R. Pole, 3 – 37139 Verona Tel: 045 8900628 – Tel/Fax: 045 8904650 - C.M. VRIC88400G - C.F./ P.IVA 93185250235  
E-mail: [vr88400g@istruzione.it](mailto:vr88400g@istruzione.it) - E-mail PEC: [vr88400g@pec.istruzione.it](mailto:vr88400g@pec.istruzione.it) - Sito internet: [www.istitutosanmassimo.edu.it](http://www.istitutosanmassimo.edu.it)

**FUTURA**

**LA SCUOLA  
PER L'ITALIA DI DOMANI**

Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU

Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

**Italiadomani**  
PIANO NAZIONALE DI EMERGENZA E RESILIENZA

Per data e prot., vedasi in segnature  
Circolare n.15

Alla Cortese Attenzione

- dei Genitori degli alunni che frequenteranno  
**nell'a.s. 2024/2025** le scuole:

\*dell'Infanzia "La Magnolia" e le sez. staccate ubicate presso  
la Primaria "Collodi"

\*Primarie "Collodi", "Europa Unita" e "Romagnoli"

\*Secondaria di primo grado "Don Milani"

dell'I.C. 14 San Massimo - Verona

Loro Sedi/Atti

**Oggetto: Disposizioni inerenti l'eventuale somministrazione di farmaci in ambito  
scolastico a. s. 2024/2025**

Con la presente, si invitano i genitori degli alunni che necessitano della somministrazione  
di farmaci in ambito scolastico, a consegnare in segreteria entro il giorno **27 settembre  
2024**:

A) il modulo allegato 1 (richiesta di somministrazione farmaci in situazione di emergenza)  
compilato e firmato ;

B) il modulo allegato 2 (prescrizione-autorizzazione del medico curante alla  
somministrazione dei farmaci in ambito scolastico in caso di emergenza).

Si precisa che altri eventuali farmaci, anche generici, non possono essere somministrati a  
scuola.

Nel ringraziare per la preziosa collaborazione, si porgono i più cordiali saluti.

Il Dirigente Scolastico

Giorgia Miglioranzi

(firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 c. 2 del D. L. 39/93)

In allegato: Procedura per la somministrazione di farmaci e relativi allegati.

**Allegato 1- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI**

(Da compilarsi a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome* *Cognome e Nome*

in veste di:  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da: \_\_\_\_\_  
*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l'assoluta necessità,

**CHIEDONO**

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica

rilasciata in data : \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è **fattibile anche da parte di personale non sanitario** e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Si acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_ Genitori: \_\_\_\_\_

**Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**

**PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

(Pediatra di libera scelta o Medico di Medicina generale)

**ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA**

Relativamente all'alunno: \_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

non sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- Considerato che la somministrazione del farmaco, anche in assenza del disturbo diagnosticato, non comporta effetti dannosi,

**SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA**

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

**1° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

**2° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione: \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Timbro e Firma del medico*