



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE**



*Scuola Secondaria di 1° grado – Scuola Primaria – Scuola dell’Infanzia*

Via F.sco FERLAINO – 88046 LAMEZIA TERME -- Tel. 0968 23025 – fax 0968 400084

<https://www.ic-manzoni-augruso.edu.it> -- e-mail [czic863005@istruzione.it](mailto:czic863005@istruzione.it) / [czic863005@pec.istruzione.it](mailto:czic863005@pec.istruzione.it)

c.f. 82006260796 – c.m. CZIC863005



**Indirizzo musicale** (oboe, pianoforte, chitarra e violino)

**CIRCOLARE n° 1**

AI GENITORI  
ALL'UFFICIO ALUNNI  
ALLA DSGA FF

**OGGETTO:** richiesta prosecuzione somministrazione farmaco

Si invitano i genitori che nello scorso anno scolastico hanno richiesto alla scuola la somministrazione di farmaci salvavita durante l'orario scolastico a presentare nuovamente la domanda, corredata la certificazione medica e il piano terapeutico (sia in caso di conferma che di variazione del piano terapeutico), come da Regolamento sulla somministrazione dei farmaci Prot. 0003283/U del 24/06/2023.

I genitori compileranno il modulo allegato alla presente circolare e lo consegneranno a mano alla Dirigenza, per il tramite dell'Ufficio Alunni, previa comunicazione telefonica alla Scuola.

Nel giorno convenuto (non oltre il 07 settembre 2023), il genitore si recherà a scuola per consegnare il modello compilato, corredato da certificazione sanitaria, e la scuola attiverà i necessari interventi, per come previsti dall'apposito Regolamento adottato dal Consiglio di Istituto. L'A. A., dopo aver verificato l'identità del genitore, avrà cura di redigere un verbale di consegna, che resterà agli atti riservati della scuola.

L' A.A. addetta all'ufficio alunni avrà cura di raccogliere le domande pervenute e consegnarle in Presidenza, sottoscrivendo un verbale di consegna alla Dirigenza Scolastica.

L'allegato fa parte integrante della presente circolare.

Distinti saluti

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

*Prof.ssa Antonella Mongiardo*

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3, c.3, D.Lgs. n. 39 del 12.02.1993



**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**DOCUMENTO RISERVATO**

**Consegnato a mano da uno dei genitori alla sig.....**

**OGGETTO:** prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita.....

I sottoscritti \_\_\_\_\_ Genitori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

iscritto/a alla classe \_\_\_\_\_ Sez \_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_;

avendo inoltrato nel decorso A.S. formale richiesta per la somministrazione del  
farmaco.....in orario scolastico;

considerato che nel corrente A.S il / la proprio/a figlio/a necessita - in caso di bisogno - della  
somministrazione del farmaco in oggetto e che la somministrazione - terapia non è mutata,  
come risulta da documentazione sanitaria e piano terapeutico allegati alla presente,  
noi sottoscritti genitori chiediamo a codesta Istituzione Scolastica la prosecuzione per la  
somministrazione del farmaco anche per l' Anno Scolastico 2023/24.

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente  
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 a 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.**



**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 118.**

**Privacy policy**

Con la presente clausola l'Istituto Manzoni-Augruso 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 Manzoni-Augruso 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 Antonella Mongiardo dell'Istituto Manzoni-Augruso di Lamezia Terme.

I sottoscritti, 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).

Lamezia Terme data ...../...../.....

I Genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_