



### Avviso n. 5

**Ai Docenti**  
**Al Personale ATA**  
**Al DSGA Al DPO**  
**Ai Genitori/Esercenti responsabilità genitoriale degli alunni**  
**Atti Sito**

### Oggetto: Somministrazione farmaci salvavita a scuola

In riferimento all'oggetto, si ritiene opportuno ricordare che è assolutamente vietato somministrare farmaci a scuola senza la preventiva procedura di regolamentazione prevista dalla normativa vigente in materia.

Per opportuna e doverosa conoscenza, si allegano alla presente i moduli [A](#) e [B](#) da compilare a cura dei Genitori e/o esercenti la responsabilità genitoriale degli alunni (di seguito genitori) e del Pediatra di libera scelta o Medico di medicina generale (c.d. medico di famiglia) e da sottoporre all'attenzione del Dirigente Scolastico, anche in presenza di casi di autonoma somministrazione ([allegato D](#)) da parte degli alunni.

**E' inutile sottolineare che la compilazione dei moduli A, B, C e D esula completamente dalle competenze didattiche dei Docenti ed attiene a valutazioni di esclusiva pertinenza delle famiglie e del Pediatra di libera scelta o Medico di medicina generale.**

Qualora i genitori avessero già provveduto, negli anni scolastici precedenti, a segnalare la somministrazione di farmaci salvavita (senza mutazione della terapia), dovranno **solo comunicare la prosecuzione della stessa nell'anno scolastico in corso**, compilando esclusivamente [l'allegato C](#) e l'eventuale autosomministrazione ([allegato D](#)).

Le SS.LL. interessate (Genitori/Esercenti responsabilità genitoriale degli alunni) sono invitate ad inviare i moduli, corredati di **copia del documento di identità** di entrambi i genitori, ad uno dei seguenti indirizzi di posta elettronica ordinaria/certificata oppure a consegnarli *brevi manu* all'Ufficio di segreteria didattica: (PEO): [sais053004@istruzione.it](mailto:sais053004@istruzione.it) - (PEC): [sais053004@pec.istruzione.it](mailto:sais053004@pec.istruzione.it)

Nel caso in cui i predetti moduli fossero trasmessi via email/pec, si raccomanda di inserire nell'oggetto la seguente dicitura: **“Contiene dati sensibili tutelati dalla legge sulla privacy”**.

Successivamente i Genitori verranno contattati dall'Ufficio di Segreteria per le determinazioni del caso e sulle modalità di consegna del farmaco.

Si invita, altresì, il personale scolastico alla scrupolosa e necessaria attenzione in merito a quanto sopra rappresentato, **con particolare riferimento ai profili di riservatezza richiesti dalla natura ultrasensibile dei dati in questione.**

Ad ogni buon fine, inoltre, si riporta di seguito il link per consultare l'Atto di raccomandazioni contenente le Linee guida per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di

somministrazione di farmaci in orario scolastico, predisposto dal MIUR, d'intesa con il Ministero della Salute [https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2005/allegati/linee\\_guida\\_farmaci.pdf](https://archivio.pubblica.istruzione.it/normativa/2005/allegati/linee_guida_farmaci.pdf).

**Allegati A, B, C, D**  
**DI 25.11.05**

**Il Dirigente Scolastico**  
**Gianpiero Cerone**  
(documento firmato digitalmente)

**Oggetto: richiesta di somministrazione farmaco salvavita (contiene dati sensibili).**

I sottoscritti .....  
genitori di ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via.....  
n. .... frequentante la classe ..... essendo il minore affetto dalla seguente  
patologia ..... e constatata l'assoluta  
necessità, con la presente

**chiedono che**

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i  
**farmaci indispensabili** previsti dal Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal  
dott./dott.ssa.....;  
(oppure)

☐ che al/la proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, i  
**farmaci salvavita**, in caso di urgenza dovuti al seguente evento..... che il  
medico stesso ha indicato nel Piano terapeutico allegato in data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ dal  
dott./dott.ssa.....;

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente e, resosi  
disponibile, 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 e/o uscite didattiche, per le quali  
si necessita di 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.***

Si allega alla presente apposita certificazione medica attestante il Piano terapeutico necessario.

|                      |                                                              |
|----------------------|--------------------------------------------------------------|
| (Luogo e data) _____ | Firma dei genitori /Esercenti la responsabilità genitoriale* |
|                      |                                                              |

**\*Nel caso in cui la domanda sia formulata e sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la presente  
dichiarazione: Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non  
corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/riciesta 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”.

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma del genitore

### Informativa privacy per la somministrazione farmaci a scuola

Redatta ai sensi degli artt. da 13 a 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali è nostra cura fornirLe alcune informazioni relative al trattamento dei dati personali anche sanitari dell’alunno/a, nel contesto delle attività previste dal protocollo di somministrazione farmaci da parte del personale scolastico.

Il Titolare del trattamento è l’Istituto T. Confalonieri”, con sede in L.go G. C. Capaccio – Campagna (SA), tel. 0828 46049 (centralino), email: [sais053004@istruzione.it](mailto:sais053004@istruzione.it), rappresentato dal Dirigente Scolastico pro tempore Dott. Gianpiero Cerone; il Responsabile per la protezione dei dati (o anche “Data Protection Officer” - DPO) risulta essere l’Info & Studio di Sandro Falivene, nella persona del Sig. Sandro Falivene email: [dpo@info-studio.it](mailto:dpo@info-studio.it) PEC: [info-studio@pec.it](mailto:info-studio@pec.it)

I dati personali, anche sanitari, dell’alunno verranno trattati per le finalità connesse e strumentali alle attività previste dal protocollo di somministrazione farmaci da parte del personale scolastico, con eventuali relative comunicazioni ai soggetti competenti (medici, responsabili sicurezza e altro personale scolastico autorizzato).

I dati personali non saranno diffusi né resi disponibili ed accessibili a terzi, fatti salvi i soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge o da ordini delle autorità e non saranno trasmessi in Paese terzi rispetto all’UE o ad organizzazioni internazionali in assenza delle condizioni di cui agli artt. 44 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.

La durata dei trattamenti sarà limitata al tempo necessario a dare esecuzione alle attività di somministrazione e per il ciclo scolastico di competenza. Sono garantiti in ogni caso i diritti previsti dagli art. 15 e ss del GDPR, che potrete esercitare con la modulistica messa a disposizione sul sito istituzione, sezione Privacy, ove troverete l’Informativa completa sul trattamento dei dati degli alunni con le ulteriori informazioni obbligatoriamente previste dall’art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

I sottoscritti \_\_\_\_\_ in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell’alunno \_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 9, par. 2, lett. A, del GDPR 2016/679, acconsentono al trattamento dei dati personali anche sanitari e particolari per le finalità sopra descritte.

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma dei genitori /Esercenti la responsabilità genitoriale\*

**\*Nel caso in cui l’informativa in oggetto sia sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la presente dichiarazione: Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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”.**

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma del genitore

**Oggetto:** indicazioni per la somministrazione farmaco salvavita (contiene dati sensibili) *(a cura del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale)*

Il minore cognome ..... nome ..... nato il ..... a  
..... residente a ..... in via/piazza  
..... n. .... affetto dalla seguente patologia:  
..... nel caso si verifichi il seguente evento in  
urgenza/emergenza .....

.....

.....

..... necessita della somministrazione del seguente farmaco

.....

Modalità di somministrazione .....

.....

Dose: .....

**Eventuali note:** .....

.....

.....

.....

Luogo e data .....

Timbro del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale

**Oggetto: prosecuzione della somministrazione farmaco salvavita (contiene dati sensibili).**

I sottoscritti .....  
genitori dell'alunno ..... nato a ..... il .....  
residente a ..... in via .....  
n. .... frequentante la classe ..... avendo inoltrato lo scorso 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 e/o la somministrazione -  
terapia non è mutata,

**chiedono**

la prosecuzione per la somministrazione del farmaco anche per il corrente anno scolastico .....

I sottoscritti esprimono il consenso affinché il personale della scuola individuato dal Dirigente Scolastico e,  
resosi disponibile, 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 e/o uscite didattiche, per le quali  
si necessita di 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.***

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma dei genitori /Esercenti la responsabilità genitoriale \*

**\*Nel caso in cui l'informativa in oggetto sia sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la presente**

**dichiarazione:** Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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”.

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma del genitore

### Informativa privacy per la somministrazione farmaci a scuola

Redatta ai sensi degli artt. da 13 a 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in materia di protezione dei dati personali è nostra cura fornirLe alcune informazioni relative al trattamento dei dati personali anche sanitari dell’alunno/a, nel contesto delle attività previste dal protocollo di somministrazione farmaci da parte del personale scolastico.

Il Titolare del trattamento è l’Istituto T. Confalonieri”, con sede in L.go G. C. Capaccio – Campagna (SA), tel. 0828 46049 (centralino), email: [sais053004@istruzione.it](mailto:sais053004@istruzione.it), rappresentato dal Dirigente Scolastico pro tempore Dott. Gianpiero Cerone; il Responsabile per la protezione dei dati (o anche “Data Protection Officer” - DPO) risulta essere l’Info & Studio di Sandro Falivene, nella persona del Sig. Sandro Falivene email: [dpo@info-studio.it](mailto:dpo@info-studio.it) PEC:[info-studio@pec.it](mailto:info-studio@pec.it)

I dati personali, anche sanitari, dell’alunno verranno trattati per le finalità connesse e strumentali alle attività previste dal protocollo di somministrazione farmaci da parte del personale scolastico, con eventuali relative comunicazioni ai soggetti competenti (medici, responsabili sicurezza e altro personale scolastico autorizzato).

I dati personali non saranno diffusi né resi disponibili ed accessibili a terzi, fatti salvi i soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge o da ordini delle autorità e non saranno trasmessi in Paese terzi rispetto all’UE o ad organizzazioni internazionali in assenza delle condizioni di cui agli artt. 44 e seguenti del Regolamento UE 2016/679.

La durata dei trattamenti sarà limitata al tempo necessario a dare esecuzione alle attività di somministrazione e per il ciclo scolastico di competenza. Sono garantiti in ogni caso i diritti previsti dagli art. 15 e ss del GDPR, che potrete esercitare con la modulistica messa a disposizione sul sito istituzione, sezione Privacy, ove troverete l’Informativa completa sul trattamento dei dati degli alunni con le ulteriori informazioni obbligatoriamente previste dall’art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

I sottoscritti \_\_\_\_\_ in qualità di genitori/esercenti la responsabilità genitoriale dell’alunno \_\_\_\_\_, ai sensi dell’art. 9, par. 2, lett. A, del GDPR 2016/679, acconsentono al trattamento dei dati personali anche sanitari e particolari per le finalità sopra descritte.

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma dei genitori /Esercenti la responsabilità genitoriale\*

**\*Nel caso in cui l’informativa in oggetto sia sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la presente dichiarazione:** Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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”.

(Luogo e data) \_\_\_\_\_

Firma del genitore

**Oggetto: richiesta di autosomministrazione di farmaci.**

I sottoscritti ..... genitori dell'alunno/a  
..... nato/a a ..... il  
..... residente a ..... in via  
.....

Essendo il minore affetto da ..... e constatata  
l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario  
scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata  
autorizzazione medica rilasciata in data ..... dal dott. ....

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da  
ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati  
personali ai sensi della vigente normativa in materia di privacy (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo  
stato di salute delle persone).

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| (Luogo e data) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Firma dei genitori/Esercenti la responsabilità genitoriale* |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |
| <p><b>*Nel caso in cui la domanda sia formulata e sottoscritta da uno solo dei genitori occorre sottoscrivere anche la presente dichiarazione: Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, 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".</b></p> |                                                             |
| (Luogo e data) _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Firma del genitore                                          |