



**Ministero dell'Istruzione**  
**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**  
**LICEO CLASSICO E DELLE SCIENZE UMANE PLAUTO**



**SCUOLA ASSOCIATA RETE NAZIONALE LICEI CLASSICI**  
**Sede: Via Renzini n° 70 – 00128 – Roma- Distretto XX – Cod. Mecc. RMPC21000P –**  
**Cod Fisc. 97084590583 Tel. 06121127400**  
**E-mail: rmpc21000p@istruzione.it rmpc21000p@pec.istruzione.it**  
**SITO WEB: <https://www.liceoplauto.edu.it>**

Prot. n. 4913/V.7

Roma, 18/09/2023

Alle famiglie  
Alle studentesse e agli studenti  
Al Personale Docente e ATA

**COMUNICATO N. 18**

**OGGETTO: Somministrazione farmaci**

Si comunica che i genitori degli studenti che necessitano della somministrazione di farmaci salvavita, potranno presentare formale richiesta utilizzando la modulistica allegata al presente comunicato, debitamente compilata e corredata dalla certificazione medica attestante lo stato di malattia dello studente e la prescrizione specifica dei farmaci da assumere (modalità e tempi di somministrazione, posologia, conservazione).

Si precisa, inoltre, che è compito della famiglia fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità e procedere all'eventuale sostituzione.

Per una più semplice gestione della documentazione, **si richiede di inserire i moduli in busta chiusa insieme al farmaco stesso e consegnarli in segreteria didattica il martedì o il giovedì dalle ore 13.00 alle ore 14.00**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Dott.ssa Sonia Schirato**

Firma autografa sostituita a mezzo  
stampa ex art 3 co. 2 D.Lgs. 39/93

**Modulo 1.1**

Al Dirigente Scolastico del LICEO PLAUTO di Roma

I sottoscritti .....

in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a .....

frequentante la classe.....del Plesso .....

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 data .....dal 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
- La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- 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,\_\_\_\_\_

<b>Numeri utili</b>	
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'annoscolastico 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.

**Modulo 1.2**

**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 a .....

in Via..... Affetto da .....

**Nome commerciale del farmaco da somministrare:**

.....

**Modalità di somministrazione:**

.....

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

### Modulo 1.3

#### Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

I sottoscritti .....in qualità di

- Genitori
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dello/a studente/ssa ..... nato/a ..... il..... e  
frequentante nell'anno scolastico...../..... la classe.....

**si dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali**  
[https://www.liceoplauto.edu.it/sito\\_nuovo/wp-  
content/uploads/2022/10/B.01.1\\_Informativa\\_Allievi\\_Famiglie\\_QRCode-1.pdf](https://www.liceoplauto.edu.it/sito_nuovo/wp-content/uploads/2022/10/B.01.1_Informativa_Allievi_Famiglie_QRCode-1.pdf)

**e acconsente** al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.

**Nota importante: si precisa il mancato consenso non consente la possibilità di accogliere la presente richiesta.**

Data, .....

Firma di entrambi i genitori/tutore

.....