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. 97084590583Tel. 06121127400
E-mail: rmpc21000p@istruzione.itrmpc21000p@pec.istruzione.it
SITO WEB: https://www.liceoplauto.edu.it

Prot. n. 5775/4.8 Roma, 16/09/2025

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

COMUNICATO N. 16

OGGETTO: Modulistica per la Somministrazione dei farmaci a.s. 25/26

In ottemperanza alle linee guida del 25/11/2005 emanate dal Ministero della Salute, si comunica ai genitori degli studenti che necessitano della somministrazione di farmaci che è possibile presentare formale richiesta utilizzando la modulistica allegata al presente comunicato, debitamente compilata e corredata da certificazione medica attestante lo stato di malattia dello studente e la prescrizione specifica dei farmaci da somministrare (modalità e tempi di somministrazione, posologia e conservazione. Il medico dovrà inoltre dichiarare che la somministrazione non deve richiedere il possesso di cognizioni specifiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto).

Si precisa che la richiesta ha validità annuale pertanto la modulistica presentata lo scorso anno è da considerarsi scaduta.

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

Nel caso si opti di custodire il farmaco a scuola, si richiede di consegnarlo in una busta chiusa, insieme a una copia del protocollo di somministrazione, presso la segreteria didattica il martedì o il giovedì, dalle ore 13.00 alle ore 16.00

Si allegano i moduli da inviare all'indirizzo segreteria.didattica@liceoplauto.it

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Paolo Bracaglia
Firma autografa sostituita a mezzo
stampa ex art 3 co. 2 D.Lgs. 39/93

Modulo 1 Al Dirigente Scolastico del LICEO PLAUTO di Roma

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……..….

- ☐ **CHIEDONO** che sia somministrato al minore il/i seguente/i farmaco/i ……., coerentemente alla certificazione medica allegata.
  A tal fine **AUTORIZZANO** il personale scolastico alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevandolo** da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

- ☐ **AUTORIZZANO** il minore all'auto somministrazione del/i seguente/i farmaco/i ……., coerentemente alla certificazione medica allegata.

Per una più semplice gestione della procedura

CHIEDONO

- ☐ che il farmaco sia custodito a scuola
- ☐ che il farmaco sia custodito dal minore

Si allega certificazione sanitaria e la dichiarazione del medico che attesta che la somministrazione non richiede il possesso di cognizioni specifiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto.

Numeri di telefono utili: Medico Curante …….

Genitori ……..……

Roma, ……..

Firma di entrambi i genitori/tutore

…….

Modulo 2

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 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 che il mancato consenso non permette di accogliere la presente richiesta.

Roma, ……..

Firma di entrambi i genitori/tutore

……