



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo "Alessandro Magno"

Via Stesicoro, 115 - 00125 Roma - Distretto XXI
C.F. 97713010581 - tel. 0652360537 – www.alessandromagnoaxa.edu.it
e-mail: rmic8fp00a@istruzione.it; rmic8fp00a@pec.istruzione.it

CIRCOLARE N. 28 DEL 17 SETTEMBRE 2026

- Al Personale Docente
- Ai Genitori degli alunni
- Al Personale ATA
- All Sito Web

Oggetto: Richiesta somministrazione farmaco in ambito scolastico – Modalità e termini invio della modulistica.

Si informano le SSSL che, in base al Protocollo di intesa tra USR per il Lazio e Regione Lazio (prot.5985 del 19/02/2018), si trasmette in allegato la modulistica necessaria per effettuare la richiesta di somministrazione farmaci in orario scolastico (Allegati 1-2-3).

Si ricorda ai genitori interessati che la richiesta va rinnovata annualmente.

Per le richieste relative a nuovi alunni, si fa presente che il personale scolastico potrà essere autorizzato solo dopo lo svolgimento della formazione sulle modalità di somministrazione dei farmaci salva vita a cura del "Servizio Formazione Scolastica farmaci salva vita - Azienda Sanitaria Locale ROMA 3".

Al fine di consentire l'inoltro della documentazione presso il servizio sanitario preposto della ASL Roma3, l'invio dei moduli per gli alunni che necessitano della suddetta richiesta dovrà pervenire all'indirizzo rmic8fp00a@istruzione.it entro il giorno **mercoledì 23 settembre 2026**.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Graziella Cacciola
Firma autografa sostituita mezzo stampa
ai sensi dell'art.3 comma 2 del D.L. 39/93

RICHIESTA
AL DIRIGENTE SCOLASTICO / RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA

I sottoscritti e
 in qualità di genitori - affidatari- tutori dell'alunno/a
 frequentante la classe..... della scuola.....
 frequentante il corso..... dell'Agenzia formativa.....
 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 datadal 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
- ☐ A. La vigilanza del personale scolastico/formativo (sorveglianza generica sull'avvenuta auto somministrazione)
- ☐ B. 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,.....

Numeri utili	
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'anno scolastico 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.

**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 ain Via.....

Dirigente scolastico.....

Affetto da

Nome commerciale del farmaco da somministrare:

Modalità di somministrazione:

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

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Nome e Cognome dell'alunno.....

Frequentante la classe.....istituzione scolastica o formativa.....

Nome e Cognome dell'operatore scolastico o formativo e profilo professionale

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO (in relazione al fatto che si tratti di farmaco indispensabile o salvavita)

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico/Formativo

2. ESECUZIONE TECNICA DELL'OPERATORE SCOLASTICO/FORMATIVO IN AFFIANCAMENTO ALL' OPERATORE SANITARIO

Firma Operatore Sanitario

Firma Operatore Scolastico/Formativo

3. CHIUSURA PERCORSO di FORMAZIONE IN SITUAZIONE

Si dichiara concluso il percorso di informazione, formazione, addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico o formativo.

Data.....

Firma Operatore Sanitario

Al termine del percorso di informazione, formazione, addestramento, mi dichiaro disponibile ed in grado di compiere autonomamente l'esecuzione tecnica dell'intervento.

Data.....

Firma Operatore Scolastico/Formativo

4. DELEGA DEI GENITORI

I sottoscritti, genitori dell'alunno....., con la presente **delegano formalmente** il personale scolastico/formativo di cui sopra alla somministrazione di farmaci al proprio figlio/a in orario scolastico/formativo, al termine del percorso di formazione in situazione, sollevandoli da ogni responsabilità.

Firma (padre)..... Firma (madre).....

VISTO DEL DIRIGENTE SCOLASTICO /RESPONSABILE STRUTTURA FORMATIVA