



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE "L. EINAUDI"

Via F.lli Sirani n°.1 - 25032 Chiari (BS)

Tel. 030/711244 - 030/7000242

Codice Fiscale: 82001490174 Codice Meccanografico: **BSIS03800X**

mail:bsis03800x@istruzione.it **PEC:** bsis03800x@pec.istruzione.it

Comunicazione n. 33

Chiari, 12 settembre 2025

Ai genitori dell'Istituto
Al registro Nettuno
Al sito web

OGGETTO: Integrazione alla Comunicazione n. 21 del 10/09/2025 relativa alla somministrazione dei farmaci a scuola

Facendo seguito alla Comunicazione n. 21 del 10/09/2025, relativa alle disposizioni per la somministrazione di farmaci in ambito scolastico, si forniscono ulteriori indicazioni in merito alla documentazione necessaria.

Si comunica che:

- Oltre al modulo denominato "Allegato 1", da compilare a cura del genitore,
- è richiesta anche la compilazione del modulo denominato "Allegato 2", di competenza del medico curante e/o dello specialista.
- Per gli studenti maggiorenni, è previsto un ulteriore modulo specifico: "Allegato 1A", che dovrà essere compilato direttamente dallo studente interessato.

Al fine di semplificare la procedura, si allegano tutti i moduli necessari:

- Allegato 1 – da compilare a cura del genitore;
- Allegato 1A – da compilare a cura dello studente, se maggiorenne;
- Allegato 2 – da compilare a cura del medico curante o dello specialista.

Si invita a consegnare la documentazione completa presso gli uffici di segreteria, secondo le modalità e le tempistiche già indicate nella comunicazione precedente.

Per eventuali ulteriori chiarimenti, è possibile rivolgersi alla segreteria didattica negli orari di ricevimento.

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Vittorina FERRARI
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi e per gli effetti art.3 c.2 dl.39/1993)

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

NOTE

- La richiesta va consegnata al Dirigente Scolastico della scuola frequentata
- La validità corrisponde alla durata del trattamento e/o alla durata dell'anno scolastico in caso di terapia continuativa
- In caso di cambio istituto deve essere ripresentata
- I farmaci prescritti devono essere consegnati alla scuola integri verificandone la scadenza e lasciati in custodia alla scuola per tutta la durata della terapia limitatamente ad ogni singolo anno scolastico
- Eventuali variazioni vanno certificate e comunicate tempestivamente

**PRESCRIZIONE E PIANO TERAPEUTICO DA STILARE A CURA DEL MEDICO DI
MEDICINA GENERALE/PEDIATRA DI FAMIGLIA/SPECIALISTA OPERANTE NEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE CHE HA IN CURA LO STUDENTE**

Il/la sottoscritto/a Dr./ssa _____

Qualifica:

Medico di Medicina Generale Pediatra di Famiglia Medico Specialista del SSR

Vista la richiesta dei genitori/del genitore/dello stesso studente interessato/ ... e constatata l'assoluta necessità:

PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO DA PARTE DI PERSONALE
VOLONTARIO RESOSI DISPONIBILE ALLO/A STUDENTE/SSA**

Nome e cognome _____

nato a _____ il ___/___/_____/CF|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola primaria _____

scuola secondaria di primo grado _____

scuola secondaria di secondo grado _____

sita a _____ in Via _____

essendo lo studente affetto da _____

DEL SEGUENTE FARMACO

- Principio attivo
- Nome commerciale
- Forma farmaceutica
- Modalità di conservazione, secondo quanto disposto nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto (RCP) e nel Foglio Illustrativo del/i farmaco/i
- Durata della somministrazione (entro i limiti dell'anno scolastico, dal _____ al _____; continuativa; al bisogno)
- Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco
- Dosaggio, orario di somministrazione, modalità di somministrazione: auto-somministrazione o da parte di terzi. In ogni caso il Medico precisa che **la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario adeguatamente formato.**

Eventuali note aggiuntive

Firma e timbro del Medico

Data _____
