



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MORO E MARTIRI DI VIA FANI"

Viale Brianza, 125-20814 Varedo (MB) Tel. 0362/580063-576513

Cod.Mecc. MBIC87000E Cod. Fisc. 91074010157 Cod. Univoco Fatturazione: UFCDDWD

sito: www.aldomorovaredo.edu.it - e-mail uffici : mbic87000e@istruzione.it mbic87000e@pec.istruzione.it



Circ. 215

Varedo, 25-08-2026

- Ai genitori degli alunni
IC Aldo Moro e M.ri di Via Fani
- Al personale docente e ATA
IC Aldo Moro e M.ri di Via Fani
- Atti/Sito

Oggetto: Somministrazione farmaci in orario scolastico a. s. 2026-27

La somministrazione di farmaci in orario scolastico può avvenire solamente sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate da medici del servizio sanitario nazionale e non deve richiedere il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del personale della scuola.

La richiesta deve essere formalmente presentata al Dirigente Scolastico dai genitori, assieme alla certificazione rilasciata dai Pediatri di Libera Scelta/Medici di Medicina Generale.

Il dirigente scolastico provvederà poi ad individuare il personale disponibile alla somministrazione.

Si allegano alla presente circolare

- MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
- MODULO 01 CERTIFICATO MEDICO PER LA SOMMINISTRAZIONE
- INFORMATIVA PRIVACY

Si ricorda che la richiesta di somministrazione farmaci vale per l'anno scolastico in corso.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
F.to Dott. ssa Angela De Sario
(Firma apposta ai sensi dell'Art. 3 comma 2 D. Lgs. n. 39/93)

Al Dirigente Scolastico dell'I.C. A. Moro e M.ri di Via Fani di Varedo (MB)

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

A. S. 2026-27

I sottoscritti.....

.....

in qualità di ☐ Genitori ☐ Soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a (Cognome Nome).....

nato/a il..... frequentante la classe/sezione..... della

☐ Scuola dell'Infanzia

☐ Scuola primaria Moro ☐ Scuola primaria Kennedy

☐ Scuola Secondaria di I grado

CHIEDONO (barrare la voce che interessa)

☐ che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i, coerentemente alla certificazione medica allegata. **Esonerano da ogni responsabilità civile e penale il personale scolastico che sarà individuato dal dirigente scolastico, consapevoli che la somministrazione del farmaco non rientra tra le prestazioni previste per detto personale.**

☐ di poter accedere alla sede scolastica per la somministrazione del farmaco

☐ di far accedere alla sede scolastica persona da noi delegata per la somministrazione del farmaco (allegare fotocopia documento di identità)

☐ che il minore stesso si autosomministri il farmaco

A tal fine, consegnano n. confezioni integre del farmaco denominato
scadenzae relativa certificazione sanitaria rilasciata dal Pediatra di Libera
Scelta/Medico di Medicina Generale.

Numeri di telefono utili: Medico Curante dott.

Genitori

Data

Firma di entrambi i genitori

FIRMA DI UN SOLO GENITORE CHE DICHIARA DI AVER CONDIVISO LA DECISIONE CON L'ALTRO GENITORE

Nel caso di genitori separati/divorziati è possibile sottoscrivere quanto segue:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, 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”.

Firma

.....

Il minore (Cognome) _____ (Nome) _____

nato/a il _____ residente a _____ () via _____ n. _____

NECESSITA

di somministrazione di farmaci in ambito scolastico per:

☐ **patologia cronica**☐ **patologia acuta****conseguentemente è prevista:**

- ☐ l'auto somministrazione dei farmaci indicati da parte dell'alunno
- ☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte del genitore in ambito scolastico
- ☐ la somministrazione dei farmaci indicati da parte degli operatori scolastici privi di competenze sanitarie
- ☐ la definizione di un piano di assistenza da parte del Distretto Socio Sanitario (situazioni "complesse")

Le indicazioni per la somministrazione di farmaci sono le seguenti:

Nome commerciale del/i farmaco/i

Modalità di somministrazione (orari, dose, via di somministrazione)

Modalità di conservazione _____

- ☐
- è prevista l'assoluta indispensabilità del frigorifero

Durata della terapia (al massimo un anno scolastico) _____

Diagnosi e stato di malattia _____

Descrizione dei sintomi che richiedono la somministrazione del farmaco "salvavita"
(descriverli in modo tale da escludere ogni discrezionalità tecnica)

La definizione di un piano di assistenza è richiesto per la seguente situazione complessa (es. diabete)

Data, _____

timbro e firma del medico



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MORO E MARTIRI DI VIA FANI"

Viale Brianza, 125-20814 Varedo (MB) Tel. 0362/580063-576513

Cod.Mecc. MBIC87000E Cod. Fisc. 91074010157 Cod. Univoco Fatturazione: UFCDWD

sito: www.aldomorovaredo.edu.it - e-mail uffici : mbic87000e@istruzione.it mbic87000e@pec.istruzione.it



Scuola dell'Infanzia "Andersen"	Viale Brianza, 77	Tel. 0362/580755	Cod. MBAA87001B
Scuola Primaria "A.Moro e M.ri di Via Fani"	Viale Brianza, 127	Tel. 0362/582701	Cod. MBEE87001L
Scuola Primaria "Kennedy"	Via Kennedy,6	Tel. 0362/580647	Cod. MBEE87002N
Scuola Secondaria I Grado "A.Moro"	Viale Brianza,125	Tel. 0362/580063	Cod. MBMM87001G

INFORMATIVA PRIVACY

INTEGRAZIONE SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

[Ver. A012 del 01/06/2021]

Ad integrazione di quanto già comunicato all'atto della costituzione del rapporto con l'Istituto Scolastico mediante l'informativa di base, in applicazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (G.D.P.R.), desideriamo informarLa di un nuovo trattamento di dati personali che La potrà interessare:

Come avviene il trattamento e per quale finalità saranno trattati i miei dati personali ?	Il trattamento dei dati personali necessari, pertinenti e non eccedenti, conseguente alla richiesta avanzata di somministrazione farmaci in orario scolastico avverrà allo scopo di garantire il diritto alla salute dell'allievo ed il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Istituto nonché del Ministero dell'Istruzione previste da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità e da organi di vigilanza e controllo.
Quali dati tratterete al fine di raggiungere le finalità sopra esposte ?	Al fine di consentire la somministrazione dei farmaci saranno trattati dati aggiuntivi rispetto a quelli strettamente indispensabili ai fini della iscrizione. Nello specifico verranno trattati dati di natura particolare, idonei a rivelare lo stato di salute (certificati medici, prescrizioni mediche etc.) ma nel rispetto del principio di indispensabilità del trattamento.
I miei dati entreranno nella disponibilità di altri soggetti ?	I dati personali relativi alla somministrazione richiesta potranno essere comunicati a: – Personale scolastico che ha fornito la propria disponibilità ad eseguire o sovrintendere alla somministrazione richiesta; – Enti territoriali, per la verifica della disponibilità di operatori; – ASL/ATS per la richiesta della disponibilità di operatori e per la formazione del personale; – Strutture regionali per la gestione dell'emergenza e dell'urgenza; – Professionisti di cui l'Istituto si avvale (RSPP e Medico Competente); – Professionisti incaricati dall'allievo (specialisti, medico di M.G., pediatra di libera scelta etc.) – Gestori del servizio di refezione per l'organizzazione dello stesso (se previsto); – Fornitori di cui l'Istituto si avvale (gestore del registro elettronico, tecnici informatici incaricati della manutenzione); esclusivamente per le finalità istituzionali sopra esposte e nell'ambito di rapporti derivanti da obblighi giuridici e/o da prestazioni fornite da soggetti designati quali "responsabili del trattamento" ex art. 28 del G.D.P.R. o con cui si sono stipulati contratti contenenti clausole standard a tutela della privacy. In caso di trasferimento il fascicolo personale verrà trasmesso ad altro Istituto destinatario privo di informazioni di natura particolare tra cui rientrano i dati relativi alla somministrazione in oggetto. Nessun dato personale verrà trasferito a destinatari residenti in paesi terzi rispetto all'Unione Europea né ad organizzazioni internazionali con cui non sia stato stipulato alcun contratto contenente clausole standard a tutela della privacy.
Cosa accade se non conferisco i miei dati ?	Il mancato, parziale o inesatto conferimento dei dati potrebbe generare quale conseguenza l'impossibilità di fornire all'allievo la somministrazione richiesta

Cos'altro devo sapere ?	Per semplicità ed esigenze di brevità la presente rappresenta una integrazione della informativa di base fornita all'atto della costituzione del rapporto, tutte le informazioni relative ai Suoi diritti ed a quanto non espressamente riportato in questo modulo potrà ricavarle dalla lettura dell'informativa citata. Potrà ottenere inoltre maggiori informazioni contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo riportato sulla carta intestata e/o il R.P.D./D.P.O. all'indirizzo e-mail dpo@agicomstudio.it
-------------------------	---

Luogo e data

ALLIEVO _____ Classe _____ Sezione _____ Plesso _____



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "A. MORO E MARTIRI DI VIA FANI"

Viale Brianza, 125-20814 Varedo (MB) Tel. 0362/580063-576513

Cod.Mecc. MBIC87000E Cod. Fisc. 91074010157 Cod. Univoco Fatturazione: UFCDWD

sito: www.aldomorovaredo.edu.it - e-mail uffici : mbic87000e@istruzione.it mbic87000e@pec.istruzione.it



Scuola dell'Infanzia "Andersen"	Viale Brianza, 77	Tel. 0362/580755	Cod. MBAA87001B
Scuola Primaria "A.Moro e M.ri di Via Fani"	Viale Brianza, 127	Tel. 0362/582701	Cod. MBEE87001L
Scuola Primaria "Kennedy"	Via Kennedy,6	Tel. 0362/580647	Cod. MBEE87002N
Scuola Secondaria I Grado "A.Moro"	Viale Brianza,125	Tel. 0362/580063	Cod. MBMM87001G

Firma dell'allievo maggiorenne

Firma

..... Oppure, nel caso di allievo minorenne:

Cognome e nome 1° Genitore o Tutore

Firma..... (*)

Cognome e nome 2° Genitore Firma

.....

(*) Qualora l'informativa in oggetto venga firmata da un solo genitore, visti gli Artt. 316 comma 1 e 337 ter comma 3 del Codice Civile si presuppone la condivisione da parte di entrambi i genitori.