



Ministero dell'istruzione e del merito

Istituto Comprensivo Statale

SIANO – BRACIGLIANO

Via Pulcino, ~~snc~~ – 84088 Siano (SA) – Tel. 0815181021



ISTITUTO COMPRENSIVO SIANO - BRACIGLIANO
Prot. 0008569 del 01/09/2025
I (Uscita)

**Ai genitori degli alunni
A tutto il personale dell'I.C. Siano - Bracigliano
Agli atti scuola/Sito web/Bacheca ARGO**

Circolare n. 6

OGGETTO: Comunicazione intolleranze alimentari e/o allergie e necessità di assunzione di farmaci

Le SS.LL. sono invitate a comunicare alla scuola eventuali **intolleranze e/o allergie a cibi, bevande ed altro** dei propri figli.

Inoltre, previo appuntamento, sono pregate di presentare dettagliata certificazione medica e le istruzioni di prevenzione e/o di intervento di primo soccorso illustrate dal pediatra di riferimento, **entro l'12/09/2025**, per l'eventuale **somministrazione di farmaci per trattamento d'urgenza**.

Le comunicazioni, sotto allegate, dovranno essere consegnate in busta chiusa, per motivi di privacy, all'ufficio alunni presso i locali delle segreterie di Bracigliano e Siano.

SI RINVIA alla PARTE IV - SORVEGLIANZA E ASSISTENZA DELLE ALUNNE E DEGLI ALUNNI del Regolamento d'Istituto (pag. 20, deliberato il 14/12/2024).

Cordiali saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

dott.ssa Elena Pappalardo

Copia analogica sottoscritta con firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4bis del Codice dell'amministrazione digitale

ALL.TI:

- 1. Certificato del medico curante pediatra**
- 2. Autorizzazione alla somministrazione di farmaci per trattamento d'urgenza**



Ministero dell'istruzione e del merito
Istituto Comprensivo Statale
SIANO – BRACIGLIANO
Via Pulcino, 500 – 84088 Siano (SA) – Tel. 0815181021



Al Dirigente Scolastico I.C. Siano - Bracigliano

CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto dott medico curante
dell'alunn* nat* a
.....
il, iscritto alla scuola.....
plesso.....
classe.....sez.....

DICHIARA

che l'alunno/a è affetto
da.....
.....
.....

e pertanto in caso di "urgenza" e precisamente (descrivere brevemente i sintomi di una "crisi"):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

necessita della somministrazione in orario scolastico, da parte del personale non sanitario, del seguente

farmaco salvavita (nome commerciale e nome generico o principio attivo)

.....
.....
.....
.....
.....

nella seguente posologia



Ministero dell'istruzione e del merito
Istituto Comprensivo Statale
SIANO – BRACIGLIANO
Via Pulcino, ~~500~~ 500 – 84088 Siano (SA) – Tel. 0815181021



.....
.....
.....
e con le seguenti tecniche e modalità di somministrazione
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Modalità di conservazione del farmaco
.....
.....

Note: *(indicare eventuale possibilità di tenuta del farmaco da parte dell'alunn* e uso autonomo solo per la scuola secondaria)*
.....

Si dichiara inoltre che la somministrazione di tale farmaco non richiede competenze specialistiche di tipo sanitario né l'esercizio di discrezionalità tecnica e che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato. Pertanto, il personale scolastico, presente e preparato al momento dell'urgenza, ha l'obbligo di somministrare il farmaco pur essendo privo di competenze specifiche in materia sanitaria.

Data _____

TIMBRO E FIRMA

DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE



Ministero dell'istruzione e del merito
Istituto Comprensivo Statale
SIANO – BRACIGLIANO
Via Pulcino, ~~snc~~ – 84088 Siano (SA) – Tel. 0815181021



Al Dirigente Scolastico dell'I.C. Siano -
Bracigliano

OGGETTO: Autorizzazione alla somministrazione di farmaci per trattamento d'urgenza.

I sottoscritti..... e genitori
dell'alunno/a.....

iscritta alla scuola....., classe..... sez.....

DICHIARANO

che il proprio figlio/a..... è affetto da
.....

CHIEDONO

che in caso d'urgenza dovuta a..... e che si manifesta con la
seguente sintomatologia:
(descrivere brevemente la situazione d'urgenza)

venga somministrato allo stesso/a il farmaco

Come prescritto nel certificato medico allegato alla presente.

AUTORIZZANO

il personale docente e non docente in servizio individuato dal Dirigente scolastico ad effettuare la somministrazione del farmaco

ESONERANO

la scuola da ogni responsabilità per eventuali danni derivanti dalla somministrazione stessa, da qualsiasi conseguenza
generata o indotta dal farmaco e/o alimento stesso.

Allega a tal fine:

- Il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarate nella presente;
- La prescrizione del farmaco indispensabile per il trattamento d'urgenza con chiaramente specificate la posologia e le modalità di somministrazione del farmaco;
- Dichiarazione a firma del medico curante che il farmaco può essere somministrato anche da personale privo di competenze specifiche in materia
- Altro:.....

Consegna:

- Il farmaco per trattamento d'urgenza (sigillato e non in scadenza immediata)
- Altro:

ACCONSENTONO

al trattamento dei dati personali e sensibili nel rispetto delle disposizioni del Decreto Legislativo n. 196/2003 (come modificato dal D.Lgs. 101/2018) e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), sono trattati esclusivamente per le finalità di gestione della presente procedura e degli eventuali procedimenti collegati (liquidazioni e pagamenti).

Data

.....
Firma dei genitori (entrambi)