



**Ministero dell'Istruzione e del Merito**  
**Istituto Statale di Istruzione Superiore "Guido Galli"**

Via Mauro Gavazzeni, 37 – 24125 Bergamo (BG) - ☎ +39 035 319338 - Cod. Mecc. BGIS03800B  
PEC: [bgis03800b@pec.istruzione.it](mailto:bgis03800b@pec.istruzione.it) - PEO : [bgis03800b@istruzione.it](mailto:bgis03800b@istruzione.it) -

Cir. n. 014

Bergamo, 16 settembre 2024

**AGLI STUDENTI E ALLE LORO ALLE FAMIGLIE**

**AI DOCENTI**  
**ALLA SEGRETERIA DIDATTICA**  
**AL PERSONALE ATA**

**Oggetto: Attivazione protocollo per necessità di somministrazione (o autosomministrazione) dei farmaci salvavita**

Si forniscono di seguito indicazioni in merito a:

**ATTIVAZIONE PROTOCOLLO PER NECESSITA' DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI SALVAVITA**

(art. 3 - protocollo d'intesa tra regione Lombardia e ufficio scolastico regionale per la Lombardia per la somministrazione di farmaci a scuola 019593.13-09-2017)

Le famiglie i cui figli necessitano di somministrazione di farmaco in orario scolastico sono invitate a consegnare in forma cartacea in **Segreteria Didattica**, entro e non oltre il **30 settembre 2024**, adeguata documentazione, esclusivamente se trattasi di:

1. Richiesta di NUOVA somministrazione;
2. MODIFICA di richiesta di somministrazione di farmaco già depositata agli atti;
3. Comunicazione di AUTOSOMMINISTRAZIONE.

Si ribadisce altresì che il farmaco deve essere consegnato alla scuola dove verrà conservato secondo le modalità indicate nell'allegato depositato in Segreteria in luogo non accessibile agli alunni. Si ricorda che ogni qualsiasi variazione rispetto a quanto depositato agli atti va tempestivamente comunicata dalle famiglie alla Segreteria.

Le famiglie che hanno già depositato i farmaci e la relativa documentazione non devono comunicare nulla.

Si precisa che ogni altra situazione particolare, non rientrante nelle precedenti, andrà comunicata direttamente al Coordinatore di classe.

Si ringrazia per la collaborazione.

In allegato:

- **ALLEGATO A: RICHIESTA DEI GENITORI**
- **ALLEGATO B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO**

Il Dirigente Scolastico  
dott. Brizio Luigi Campanelli  
Firma autografa sostituita da indicazione a mezzo  
stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, D. Lgs. n. 39/93

Cod. Univoco fatt. elettronica: UF253S – Codice IPA: isis\_016  
Cod. Fisc. 80028780163 - IBAN Banca: IT78U0569611102 000002597X17 -  
 <http://www.istitutoguidogalli.edu.it>



**ALLEGATO A: RICHIESTA DEI GENITORI** (o di chi esercita la potestà genitoriale o da parte dello studente maggiorenne)

**Al Dirigente scolastico  
dell'ISIS Guido Galli di Bergamo**

I sottoscritti .....

genitori dello studente/della studentessa .....

frequentante la classe .....

**RICHIEDONO LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA** secondo la certificazione dello stato di malattia e relativo Piano Terapeutico redatti dal medico Dr. .... presentati in allegato alla presente richiesta e dichiarano:

- di essere consapevoli che, nel caso in cui la somministrazione sia effettuata dal personale scolastico resosi disponibile, lo stesso non è tenuto ad avere né competenze né funzioni sanitarie;
- di autorizzare il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo le indicazioni del Piano Terapeutico e di sollevarlo da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso;
- di impegnarsi a fornire il/i farmaco/i prescritti nel Piano Terapeutico, in confezione integra da conservare a scuola e l'eventuale materiale necessario alla somministrazione (cotone, disinfettante, guanti, ecc), nonché di provvedere a rinnovare le forniture in tempi utili in seguito all'avvenuto consumo e/o in prossimità della data di scadenza.
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente alla scuola eventuali variazioni del Piano terapeutico, formalmente documentate dal Medico responsabile dello stesso.

**AUTORIZZANO:**

- nei casi previsti (alunno/a che per età, esperienza, addestramento, è autonomo/a nella gestione del problema di salute) l'autosomministrazione del/i farmaco/i.

**CHIEDONO:**

- nei casi in cui non si possa ovviare diversamente, la possibilità di accesso a scuola per la somministrazione del farmaco per il/la sig./ra ..... (specificare se genitore, parente, volontario)

Per ogni comunicazione relativa ad eventuali necessità i recapiti telefonici da contattare sono i seguenti:

1) nome ..... Tel. ....

2) nome ..... Tel. ....

Data, .....

Firma/e...../.....

**ALLEGATO B: CERTIFICAZIONE DI MALATTIA E PIANO TERAPEUTICO**

**Al Dirigente scolastico  
dell'ISIS Guido Galli di Bergamo**

Si certifica che ..... nato a  
..... il ..... e residente in Via  
..... Comune ..... Prov .....

è affetto/a da una patologia per la quale:

- Vi è assoluta necessità della somministrazione del farmaco con riferimento alla tempistica e alla posologia dello stesso;
- La somministrazione NON richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte del somministratore, né in relazione all'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare il farmaco, né in relazione ai tempi, alla posologia e alle modalità di somministrazione e di conservazione del farmaco.

Nome del farmaco ..... forma farmaceutica .....

Dosaggio ..... Dose da somministrare .....

Modalità di somministrazione del farmaco: .....

Modalità di conservazione del farmaco: .....

Eventuale descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco

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

Prescrizione Adrenalina:  SI  NO

Data, .....

In fede  
Timbro e firma del Medico