



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE e del MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "ANZIO IV"  
Via Ardeatina, 81 00042 ANZIO (ROMA)  
Tel. 06/9874703– Fax 06/98673191 C. M. RMIC8C4003 C.F. 97713650584  
[rmic8c4003@istruzione.it](mailto:rmic8c4003@istruzione.it) [RMIC8C4003@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:RMIC8C4003@PEC.ISTRUZIONE.IT)  
Sito web: [www.anzioquarto.edu.it](http://www.anzioquarto.edu.it)

Anzio, 8 ottobre 2025

*Prot. come da segnatura*

Genitori  
Personale Docente e  
ATA

### COMUNICATO n. 44

**OGGETTO: Modulistica per la Somministrazione dei farmaci in ambito scolastico – as 2025/26**

In riferimento all'oggetto, si comunica che i genitori degli alunni che necessitano della somministrazione di farmaci salvavita durante l'attività scolastica possono presentare **FORMALE RICHIESTA** utilizzando la modulistica allegata al presente comunicato, debitamente compilata e corredata **della certificazione medica attestante lo stato di malattia dello studente** e della **prescrizione specifica dei farmaci da assumere** (*modalità e tempi di somministrazione, posologia, conservazione*).

Si precisa che **la richiesta ha validità annuale** pertanto la modulistica presentata lo scorso anno è da considerarsi scaduta.

Si informa, inoltre, che è compito della famiglia fornire il farmaco, verificarne la scadenza e l'integrità e procedere all'eventuale sostituzione.

Per una più semplice gestione della documentazione e poiché trattasi di dati sensibili, la domanda con la modulistica deve essere **inserita in BUSTA CHIUSA insieme al farmaco e consegnata QUANTO PRIMA in segreteria didattica secondo i seguenti orari:**

- :- **MARTEDI' e GIOVEDI' – dalle ore 10.00 alle ore 12.00**
- :- **MERCOLEDI' – dalle ore 15.00 alle ore 16.00**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**Prof. Vito CHIARIELLO**

Firma autografa sostituita a mezzo  
stampa ex art 3 co. 2 D.Lgs. 39/93

**Modulo 1**

Al Dirigente Scolastico dell'IC ANZIO IV

I sottoscritti..... in  
qualità di

- Genitori
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dello/a studente/ssa ..... nato/a  
 ..... il..... e frequentante nell'anno  
 scolastico ...../ la  
 classe.....

**CHIEDE**

che sia somministrato al minore sopra indicato il/i seguente/i farmaco/i  
 ....., coerentemente alla  
 certificazione medica allegata.

A tal fine:

**AUTORIZZA**

- Il personale educativo della struttura ospitante il minore, alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.
- Il minore stesso all'auto somministrazione del/dei farmaco/i come indicato

**Si allega certificazione sanitaria rilasciata dal medico curante Numeri di telefono utili:**

Medico Curante .....

Genitori .....

In fede.

Data, .....

Firma di entrambi i genitori/tutore

.....  
 .....

**Modulo 2**

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili**

I sottoscritti..... in qualità di

- Genitori
- Soggetto che esercita la potestà genitoriale

dello/a studente/ssa ..... nato/a ..... il..... e frequentante nell'anno scolastico...../..... la classe.....

**si dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e acconsente al trattamento dei dati personali e dei dati sensibili, atti a permettere la somministrazione di farmaci ad uso cronico e/o emergenza a scuola.**

**Nota importante: si precisa che il mancato consenso non consente la possibilità di accogliere la presente richiesta.**

Data, .....

Firma di entrambi i genitori/tutore

.....