



Ministero dell'Istruzione e del Merito
III ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. VERGA"
Scuola dell'Infanzia, Scuola Primaria e Scuola Secondaria di I grado

Viale Aldo Moro 151 – 96018 **Pachino** (SR) – tel: 0931595715

cod. mec: SRIC84100Q – C.F. 83002000897

e-mail: src84100q@istruzione.it - src84100q@pec.istruzione.it

sito web: www.icvergapachino.edu.it



REGIONE SICILIA

Circolare n. 25 del 20/09/2026

III ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE - "G. VERGA"-PACHINO
Prot. 0008596 del 20/09/2026
V-7 (Uscita)

A tutti i genitori
Ai docenti
Al DSGA
Al personale ATA
Ai referenti di plesso
All'Ufficio didattica
Al sito web
Atti

OGGETTO: Somministrazione di farmaci in orario scolastico. Divieto di somministrazione non autorizzata e procedura per i farmaci salvavita o indispensabili.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

VISTE le Raccomandazioni congiunte del Ministero dell'Istruzione e del Ministero della Salute del 25 novembre 2005 recanti le Linee guida per la somministrazione di farmaci in orario scolastico;

VISTO il D.Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;

VISTO il Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e il D.Lgs. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali;

CONSIDERATA la delicatezza della materia e la necessità di tutelare la salute e la sicurezza di tutti gli alunni,

DISPONE

quanto segue, con effetto immediato e per l'anno scolastico 2026/2027.

1. Divieto di somministrazione non autorizzata

È fatto divieto a tutto il personale scolastico, docente e ATA, di somministrare farmaci agli alunni in assenza di esplicita richiesta scritta dei genitori (o di chi esercita la responsabilità genitoriale) e della documentazione medica prevista dalla presente circolare. Nessuna somministrazione può avvenire su iniziativa personale, per richiesta verbale o sulla base di comunicazioni informali.

2. Richiesta della famiglia

Per i farmaci salvavita o di necessità da somministrare durante l'orario scolastico, i genitori presentano alla segreteria scolastica:

- a) la **richiesta scritta e sottoscritta di somministrazione** in orario scolastico (**Allegato 1**);

- b) la **certificazione medica con attestazione e il piano terapeutico** sottoscritti dal pediatra o dal medico di medicina generale, con l'indicazione del farmaco, della posologia, delle modalità e dei tempi di somministrazione (**Allegato 2**);
- c) l'**informativa privacy sottoscritta**, con il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute dell'alunno (**Allegato 3**).

Il farmaco **non viene consegnato in questa fase**, ma solo secondo quanto previsto al punto 5.

3. Predisposizione del PIP e individuazione del personale

Ricevuta la richiesta della famiglia, la segreteria la protocolla e ne dà **immediata comunicazione alla Dirigente scolastica**. La Dirigente predispone con priorità il **PIP (Piano di Intervento Personalizzato)**, coadiuvata dal **referente di plesso**, che contatta la famiglia per gli aspetti organizzativi.

Nel PIP sono indicati, tra l'altro: il luogo di conservazione del farmaco, le modalità di somministrazione, il personale incaricato (con sostituti per i casi di assenza) e le procedure di emergenza.

Tutto il personale, docente e ATA, che possa entrare in contatto con l'alunno è tenuto a conoscere il PIP e a essere in grado di attivarsi secondo le indicazioni ivi contenute.

4. Formazione del personale

Nel mese di ottobre 2026 i docenti riceveranno la **formazione sulla somministrazione dei farmaci salvavita e indispensabili**, attivata con il supporto di un medico di medicina generale del territorio di Pachino. Nell'ambito della formazione sulla sicurezza saranno inoltre attivati i **corsi di primo soccorso**. Date, sedi e modalità di partecipazione saranno comunicate con successiva nota. Si raccomanda la partecipazione di tutto il personale interessato, nel primario interesse della sicurezza degli alunni.

5. Consegna del farmaco e verifica

Il farmaco è consegnato personalmente dal genitore in segreteria, successivamente alla sottoscrizione del PIP, con contestuale firma del **verbale di consegna (Allegato 4)**. La segreteria verifica scrupolosamente che il farmaco corrisponda esattamente a quello indicato dal medico nel piano terapeutico. **Non possono essere accettati farmaci ritenuti "equivalenti" su semplice dichiarazione dei genitori:** l'equivalenza deve essere attestata da sottoscrizione medica. In caso di difformità il farmaco non viene accettato e la famiglia ne viene informata. La segreteria notifica tempestivamente la consegna alla Dirigente.

6. Trasmissione delle informazioni e compiti del referente di plesso

La segreteria trasmette il farmaco al plesso di appartenenza, al **referente di plesso**, e invia a **tutti i docenti della classe** le modalità di somministrazione contenute nel piano terapeutico e le particolari modalità di gestione descritte nel PIP.

In caso di **supplenti di docenti o di personale ATA**, la segreteria ne dà **tempestiva comunicazione al referente di plesso**, perché quest'ultimo possa informare il supplente sul contenuto del PIP e sulle modalità di somministrazione del farmaco.

Il referente di plesso:

- colloca il farmaco nel luogo stabilito, noto ai docenti della classe;

- si assicura che **tutto il personale, docente e ATA, che possa entrare in contatto con l'alunno** sia informato sulle modalità di somministrazione e sulle indicazioni del PIP;
- informa i **supplenti, docenti o ATA**, sul contenuto del PIP e sulle modalità di somministrazione del farmaco, sin dal primo giorno di servizio e limitatamente alle informazioni strettamente necessarie, nel rispetto di quanto previsto all'art. 10;
- al termine dell'anno scolastico, o in caso di trasferimento o sospensione della terapia, raccoglie i farmaci in buste non trasparenti riportanti nome dell'alunno, classe, plesso e li consegna in segreteria.

7. Emergenze

In caso di emergenza, chiunque sia presente interviene tempestivamente secondo le indicazioni del PIP e **richiede in ogni caso immediatamente il soccorso al 112**, avvisando poi la famiglia e la Dirigente Scolastica. In assenza di PIP non si effettuano somministrazioni fuori protocollo: si chiama il 112 e si seguono le indicazioni dell'operatore.

8. Approvvigionamento e validità dei farmaci

È cura dei genitori rifornire la scuola del farmaco in corso di validità. I genitori devono essere consapevoli che **il farmaco scaduto non sarà somministrato all'alunno**. Al termine dell'anno scolastico la segreteria comunica alle famiglie il periodo e le modalità di ritiro. Il farmaco è restituito presso la segreteria esclusivamente al genitore o a chi esercita la responsabilità genitoriale, previa firma di ricevuta. In caso di mancato ritiro la segreteria sollecita la famiglia.

9. Validità del piano terapeutico

In assenza di variazioni delle condizioni di salute dell'alunno, il piano terapeutico ha validità di un anno e in ogni caso **decade al termine dell'anno scolastico**. Tutti i piani devono pertanto essere aggiornati nel più breve tempo possibile. Ogni variazione delle condizioni di salute deve essere tempestivamente comunicata con nuova certificazione medica.

10. Tutela della riservatezza e autorizzazione al trattamento

I dati relativi alla salute sono dati particolarmente protetti. Il personale coinvolto (segreteria, referenti di plesso, docenti e ATA interessati) è **formalmente autorizzato al trattamento** dei dati strettamente necessari, con divieto di diffusione a terzi. La consegna della documentazione e del farmaco avviene garantendo l'accesso agli uffici di segreteria **a una sola famiglia per volta**.

11. Raccomandazione finale

Data la delicatezza della procedura in ogni suo passaggio, si raccomandano la massima attenzione e scrupolosità in ogni adempimento e nella gestione quotidiana dei singoli casi. Si ringrazia tutto il personale per la collaborazione, nel primario interesse di preservare la salute e la sicurezza degli alunni.

Riepilogo della procedura

- La famiglia presenta richiesta, certificazione medica con piano terapeutico e informativa privacy (senza il farmaco).
- La segreteria protocolla e avvisa la Dirigente.

- La Dirigente, con il referente di plesso, predispone il PIP e individua il personale incaricato e i sostituti.
- Il referente contatta la famiglia.
- Ad ottobre 2026: formazione dei docenti sui farmaci salvavita e corsi di primo soccorso.
- La famiglia firma il PIP e consegna il farmaco con verbale; la segreteria verifica la corrispondenza con il piano terapeutico.
- La segreteria notifica la consegna alla Dirigente e trasmette il farmaco al referente di plesso.
- Il referente colloca il farmaco e informa tutto il personale coinvolto.
- I genitori garantiscono farmaco in validità e piano terapeutico aggiornato.
- Alla fine dell'anno scolastico, il referente di plesso raccoglie i farmaci in apposite buste e li consegna in segreteria.
- I genitori ritirano il farmaco presso la segreteria dopo aver ricevuto comunicazione di ritiro.

Allegati

Allegato 1 – Richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico

Allegato 2 – Certificazione medica con attestazione e piano terapeutico

Allegato 3 – Informativa privacy e consenso al trattamento dei dati

Allegato 4 – Verbale di consegna del farmaco

Tutta la documentazione è anche scaricabile al seguente link

<https://www.icvergapachino.edu.it/documento/farmaci-a-scuola/>

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Chiara Campisi

*(Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD,
D.Lgs. 82/2005 e ss.mm.ii.)*

CHIARA CAMPISI

20.09.2026 16:03:40 CEST

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I

DURANTE LE ATTIVITA' DIDATTICHE

Spettabile Dirigente Scolastica
del III Istituto Comprensivo *G. Verga*
di Pachino

Il sottoscritto/a (cognome e nome) _____,

☐ genitore dello/a ☐ esercente la responsabilità genitoriale sullo studente/essa (cognome e nome)

_____, nato/a a _____ il

____/____/____ e residente a _____ in Via

_____, che frequenta la classe _____ sez. _____ del Plesso

_____.

- consapevole del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie;
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati (Allegato 2), rilasciati da: ☐ Servizio di Pediatria dell'ASP ☐ pediatra di libera scelta ☐ medico di medicina generale, Dott./Dott.ssa _____ in data ____/____/____;

CHIEDE

anche per conto dell'altro genitore / dell'esercente la responsabilità genitoriale, che (barrare la scelta):

- ☐ al proprio/a figlio/a siano somministrati in orario scolastico i farmaci previsti dal Piano terapeutico;
- ☐ il proprio/a figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Farmaco 1 (nome commerciale e principio attivo)	
Farmaco 2 (se presente)	
Tipologia farmaco 1	☐ farmaco salvavita (uso in emergenza) ☐ farmaco indispensabile (terapia da assumere in orario scolastico)
Tipologia farmaco 2	☐ farmaco salvavita (uso in emergenza) ☐ farmaco indispensabile (terapia da assumere in orario scolastico)

Esprime il consenso affinché il personale della Scuola individuato dalla Dirigente Scolastica, e resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e solleva il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.

DICHIARA inoltre:

- di aver preso visione della Circolare n. 25 del 20/09/2026 e di accettarne integralmente le disposizioni;
- che le informazioni contenute nella certificazione e nel piano terapeutico sono aggiornate e corrispondono alle attuali condizioni di salute dell'alunno/a;
- di essere consapevole che il farmaco sarà consegnato alla scuola **solo dopo la predisposizione e la sottoscrizione del PIP** e che, fino a tale momento, la scuola non potrà effettuare somministrazioni;
- di essere consapevole che sarà accettato **esclusivamente il farmaco indicato nel piano terapeutico**: un farmaco equivalente potrà essere accettato solo se l'equivalenza è attestata da sottoscrizione medica;
- che avrà cura di provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che **il farmaco scaduto non potrà essere somministrato**;
- che avrà cura, inoltre, di provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, poiché il piano terapeutico decade al termine dell'anno scolastico, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente alla Dirigente, mediante certificazione medica, ogni variazione dello stato di salute dell'alunno/a rilevante ai fini della somministrazione, ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento;
- di garantire la propria reperibilità telefonica durante l'orario scolastico ai seguenti numeri:

Famiglia	Pediatra di libera scelta / medico di medicina generale

- di acconsentire, a tal fine, al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679, come da informativa e consenso allegati (Allegato 3);
- consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal D.P.R. n. 445/2000, di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle 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.

Si allegano:

- ☐ Certificazione medica con attestazione e piano terapeutico (Allegato 2)
- ☐ Informativa privacy sottoscritta con consenso al trattamento dei dati (Allegato 3)
- ☐ Copia del documento di identità del richiedente

Pachino, ____/____/____

In fede

Firma del genitore / di chi esercita la responsabilità genitoriale per l'alunno

CERTIFICAZIONE MEDICA CON ATTESTAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO E PIANO TERAPEUTICO

da compilare a cura del medico (pediatra del Servizio di pediatria dell'ASP, pediatra di libera scelta o medico di medicina generale)

SI CERTIFICA

lo stato di malattia dello studente/essa:

Cognome e nome	
Nato/a a / il	
Residente in	
Codice fiscale	

- Considerata l'**assoluta necessità** per il/la predetto/a studente/essa della somministrazione del farmaco (nome commerciale / principio attivo) _____, con riferimento ai tempi entro i quali deve avvenire la somministrazione, secondo il Piano Terapeutico allegato;
- Considerato che la somministrazione è indispensabile in orario scolastico in quanto trattasi di farmaco:

☐ **salvavita** oppure ☐ **indispensabile**;
- Considerato che la somministrazione **non richiede il possesso di cognizioni specialistiche di tipo sanitario**, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto 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;

SI ATTESTA

che il farmaco possa essere somministrato in orario scolastico, secondo il Piano Terapeutico allegato, dal personale scolastico resosi volontariamente disponibile per la somministrazione, adeguatamente formato, laddove richiesto dal Piano Terapeutico.

La presente attestazione è integrata dall'allegato Piano Terapeutico.

Si rilascia al: ☐ genitore dello/a ☐ esercente la responsabilità genitoriale sullo studente/essa

DATI DEL MEDICO	
Cognome e nome	
Qualifica	☐ medico pediatra del Servizio di pediatria dell'ASP ☐ pediatra di libera scelta ☐ medico di medicina generale
Recapiti (telefono / e-mail)	

_____, data ____/____/____

In fede

Timbro e firma del medico

PIANO TERAPEUTICO

Studente/essa <i>(cognome e nome)</i>	
Codice fiscale	

A) FARMACO INDISPENSABILE	
Nome commerciale	
Principio attivo e dosaggio	

A1) Necessita di somministrazione quotidiana – orario e dose da somministrare:

Mattina	h. _____ dose _____
Pasto	☐ prima ☐ dopo dose _____
Pomeriggio	h. _____ dose _____
Modalità di somministrazione	
Modalità di conservazione	
Durata della terapia	dal ____/____/____ al ____/____/____

A2) Necessita di somministrazione al bisogno:

Evento che richiede la somministrazione al bisogno (specificare)	
Dose da somministrare	
Modalità di somministrazione	
Modalità di conservazione	
Durata della terapia	dal ____/____/____ al ____/____/____

B) FARMACO SALVAVITA	
Nome commerciale	
Principio attivo e dosaggio	
Evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare)	

Dose da somministrare	
Modalità di somministrazione	
Modalità di conservazione	
Durata della terapia	dal ____/____/____ al ____/____/____

C) INDICAZIONI IN CASO DI EMERGENZA E DOPO LA SOMMINISTRAZIONE	
Chiamata al 112	☐ sempre, dopo la somministrazione ☐ solo se: _____
Ripetibilità della dose <i>(se e dopo quanto tempo)</i>	
Possibili effetti collaterali e comportamento da tenere	
Altre indicazioni per il personale	

D) AUTONOMIA DELL'ALUNNO/A	
Capacità di auto-somministrazione	☐ non autonomo/a: somministrazione a cura di personale adulto ☐ autonomo/a con assistenza e supervisione di un adulto ☐ in grado di autosomministrarsi il farmaco

E) FORMAZIONE SPECIFICA DEL PERSONALE SCOLASTICO	
Necessità di formazione specifica	☐ no ☐ sì, da parte di: ☐ ASP ☐ medico di medicina generale ☐ pediatra di libera scelta
Note per la formazione specifica del personale scolastico	

F) SCADENZA ED EQUIVALENZA DEL FARMACO	
Scadenza del farmaco che verrà consegnato	
Sostituzione con farmaco equivalente	☐ non autorizzata : può essere consegnato solo il farmaco sopra indicato ☐ autorizzata con il seguente farmaco equivalente: _____

Il piano ha validità massima di un anno e in ogni caso decade al termine dell'anno scolastico; va aggiornato in caso di variazione delle condizioni di salute.

_____, data ____/____/____

In fede

Timbro e firma del medico

INFORMATIVA PRIVACY E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) – somministrazione di farmaci in orario scolastico

1. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è l'Istituto Comprensivo G. Verga, con sede in viale Aldo Moro 151, rappresentato dalla Dirigente Scolastica pro tempore. Contatti: tel. 0931.595715 – e-mail sric84100q@istruzione.it – PEC sric84100q@pec.istruzione.it.

2. Responsabile della protezione dei dati (RPD/DPO)

NetSense S.r.l.

Sede in via Novaluce 38, Tremestieri Etneo – Catania

Email: info@netsenseweb.com

3. Dati trattati e finalità

Sono trattati i dati anagrafici dell'alunno/a e dei genitori e i **dati relativi alla salute** dell'alunno/a (art. 9 GDPR) contenuti nella richiesta, nel piano terapeutico, nel PIP e nel verbale di consegna, esclusivamente per: valutare la richiesta di somministrazione; predisporre il Piano di Intervento Personalizzato; custodire e somministrare il farmaco; informare il personale coinvolto; gestire le emergenze e tutelare la salute e la sicurezza dell'alunno/a.

4. Base giuridica

Il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso alla tutela della salute e della sicurezza degli alunni in ambito scolastico (art. 6, par. 1, lett. e, e art. 9, par. 2, lett. g, GDPR; D.Lgs. 196/2003) e si fonda inoltre sul consenso esplicito dei genitori (art. 9, par. 2, lett. a, GDPR) per la gestione della richiesta presentata. In situazioni di emergenza, il trattamento può essere necessario per la tutela di un interesse vitale dell'alunno/a (art. 9, par. 2, lett. c, GDPR).

5. Modalità del trattamento e destinatari

I dati sono trattati con strumenti cartacei e informatici, con misure adeguate di sicurezza, esclusivamente da personale formalmente autorizzato (personale di segreteria, referente di plesso, docenti e personale ATA che possono entrare in contatto con l'alunno/a). In caso di emergenza i dati necessari possono essere comunicati al servizio di emergenza 112/118 e alle strutture sanitarie competenti. I dati non sono diffusi.

6. Conservazione

I dati sono conservati per la durata di validità del piano terapeutico e comunque per il tempo strettamente necessario alle finalità indicate, nel rispetto dei termini previsti dalla normativa sulla conservazione della documentazione scolastica.

7. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati è facoltativo, ma necessario per attivare la procedura: in mancanza la scuola non potrà predisporre il PIP né somministrare il farmaco.

8. Diritti degli interessati

È possibile esercitare, nei confronti del Titolare, i diritti previsti dagli artt. 15-22 GDPR (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione) e revocare il consenso in qualsiasi momento, senza pregiudizio per la liceità del trattamento già effettuato. È inoltre possibile proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI RELATIVI ALLA SALUTE

I sottoscritti _____ e _____, genitori / esercenti la responsabilità genitoriale / tutore dell'alunno/a _____, classe _____ sez. _____, plesso di _____, presa visione dell'informativa che precede,

☐ ESPRIMONO il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute dell'alunno/a per le finalità indicate

☐ NON ESPRIMONO il consenso (la scuola non potrà attivare la procedura di somministrazione)

Luogo e data _____, ____/____/____

Firma dei genitori / esercenti la responsabilità genitoriale / tutore

VERBALE DI CONSEGNA ALLA SCUOLA DEL FARMACO

farmaco salvavita/indispensabile – da conservare nel fascicolo personale dell'alunno/a e da dare in copia al genitore

Il giorno ____/____/2026, alle ore ____:____, presso la segreteria dell'Istituto Comprensivo G. Verga di Pachino il/la sig./sig.ra _____

☐ genitore dello/a ☐ esercente la responsabilità genitoriale sullo studente/essa:

Cognome e nome dell'alunno/a	
Nato/a a / il	
Residente a / in Via	
Classe, sezione e plesso	

consegna alla segreteria, alla presenza dell'assistente amministrativo addetto Sig./Sig.ra _____, una confezione nuova ed integra del/i farmaco/i di seguito indicato/i, da somministrare come da Certificazione medica e Piano terapeutico consegnati in segreteria in data ____/____/____ prot._____.

1. FARMACO/I CONSEGNATO/I		
	Farmaco 1	Farmaco 2
Nome commerciale		
Principio attivo		
Forma farmaceutica e dosaggio		
Quantità (n. confezioni / unità)		
Data di scadenza / n. di lotto		
Confezione nuova ed integra	☐ sì ☐ no	☐ sì ☐ no

2. VERIFICA DI CORRISPONDENZA CON IL PIANO TERAPEUTICO

Certificazione medica e Piano terapeutico rilasciati da (barrare):

- ☐ Servizio di pediatria dell'ASP
- ☐ pediatra di libera scelta Dott./Dott.ssa _____
- ☐ medico di medicina generale Dott./Dott.ssa _____
- ☐ Il farmaco consegnato **corrisponde esattamente** a quello indicato nel piano terapeutico.
- ☐ Il farmaco consegnato è diverso da quello indicato, ma **l'equivalenza è attestata da sottoscrizione medica** (punto F del piano terapeutico o dichiarazione medica allegata).

☐ **Difformità riscontrata:** il farmaco **non è stato accettato**. Motivazione:

3. IMPEGNI DEL GENITORE

Il genitore / l'esercente la responsabilità genitoriale dichiara di essere consapevole che il farmaco sarà somministrato secondo quanto previsto dal Piano terapeutico e dal PIP e che il **farmaco scaduto non sarà somministrato**. Si impegna:

- a ritirare il farmaco al termine dell'anno scolastico e a consegnare una confezione integra all'inizio dell'anno scolastico successivo, se necessario;
- a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni qual volta il medicinale sarà terminato o in scadenza;
- a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

Pachino (SR), ____/____/____

Firme

Il genitore / esercente la responsabilità genitoriale	L'amministrativo di segreteria
_____	_____

5. TRASMISSIONE E NOTIFICA

Farmaco trasmesso al referente di plesso in data	
Referente di plesso	
Consegna notificata alla Dirigente scolastica in data	

Pachino (SR), ____/____/____

Il referente di plesso	L'amministrativo di segreteria	Visto: la Dirigente scolastica
_____	_____	_____