



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA TOSCANA

ISTITUTO COMPRENSIVO BARSANTI

VIA LUNGA 94 - 50142 FIRENZE (FI) – tel.0557321242 – fax 0557323229

Codice Fiscale: 94135780487 Codice Meccanografico: FIIC83600G

email fiic83600g@istruzione.it – www.icbarsanti.fi.it – Pec fiic83600g@pec.istruzione.it



Circ. n. 9

Firenze, 12/09/2023

Ai genitori degli alunni
Ai docenti
Al Personale ATA
Al Registro Elettronico Classeviva
Dell'I.C. Barsanti

Oggetto: Somministrazione farmaci salvavita e/o indispensabili a scuola a. s. 2023-24

Si comunica alle famiglie, i cui figli necessitano di somministrazione farmaci a scuola, che possono richiederla attraverso la compilazione di apposita modulistica presso l'ufficio della segreteria didattica secondo il protocollo stabilito tra la regione Toscana e il ministero della Salute.

La richiesta deve essere presentata anche dalle famiglie che hanno usufruito della somministrazione farmaci nell'anno scolastico precedente.

In particolare si fa presente che:

- i farmaci a scuola non possono essere somministrati se non in seguito a specifica certificazione medica;
- i genitori devono presentare:
 1. la richiesta formale di somministrazione farmaci (All.2);
 2. certificazione medica con attestazione e il Piano Terapeutico redatti dal medico curante/pediatra (All.1),
 3. Verbale di consegna del farmaco a scuola (All.3)
 4. il Piano di Intervento Personalizzato (All.4);
- tutta la documentazione prevista dovrà essere consegnata presso l'ufficio della segreteria didattica in via Lunga,94-Firenze;
- verificata la certificazione depositata agli atti, l'Istituto provvederà a mettere in atto tutte le procedure necessarie per la somministrazione del farmaco.

La consegna del farmaco (All.3) deve avvenire presso il plesso frequentato dall'alunno successivamente alla consegna della modulistica presso la segreteria didattica.

La modulistica specifica si allega alla presente:

All.1 modulistica certificazione medica e piano terapeutico

All.2 modulistica famiglia richiesta alla scuola

All.3 verbale consegna farmaco

All.4 P.I.P.

Si ringrazia per la collaborazione

Il Dirigente Scolastico
(Prof. Marco Menicatti)

*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993*