



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
"MARGHERITA DI NAVARRA"**  
**Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado**  
**VIA PAPA GIOVANNI PAOLO II - 90046 – MONREALE – PA**  
**TEL.: 0916535962 - 0916153720**  
**e-mail: [paic85800d@istruzione.it](mailto:paic85800d@istruzione.it)**



All. n. 5

## **Risposta alla richiesta di somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico**

Ai genitori/tutori dello studente

---

La sottoscritta Patrizia Roccamatysi, Dirigente scolastico presso l'istituzione scolastica I.C.S. Margherita di Navarra, con la presente comunica di avere espresso parere favorevole alla Vs richiesta avanzata in data \_\_\_\_\_ e di aver richiesto in data \_\_\_\_\_ al personale educativo/insegnante/Ata della scuola, frequentata dallo studente \_\_\_\_\_, la disponibilità somministrare i farmaci (in relazione al caso specifico come da Vostra richiesta e da certificato medico redatto in data \_\_\_\_\_), evidenziando tuttavia come il personale scolastico non abbia competenze né funzioni in merito e che pertanto, di norma, non è autorizzato alla somministrazione di farmaci e può legittimamente non acconsentire.

La formale risposta del personale educativo è stata di:

- non acconsentire alla somministrazione e alla richiesta pervenuta;
- acconsentire alla somministrazione ed alla richiesta pervenuta.

Il farmaco sarà conservato in un armadietto della sezione a temperatura ambiente/in frigorifero, in un apposito contenitore chiuso che porterà all'esterno in modo chiaro le indicazioni della classe/sezione, dell'utente interessato e della data di scadenza del medicinale.

Si ricorda il Vostro impegno a comunicare, tramite documentazione medica, ogni variazione della terapia ed a collaborare fattivamente e responsabilmente con gli operatori scolastici.

Si porgono distinti saluti.

Il Dirigente Scolastico  
*Dr.ssa Patrizia Roccamatysi*

Data \_\_\_\_\_