





# ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI"

Via Padre Luigi Monti, 61 – 21047 Saronno (VA) tel 029602522-FAX 029600870  
Scuola secondaria di I grado a indirizzo musicale "Leonardo da Vinci", via Padre Luigi Monti, 61  
Scuola Primaria "Giuseppina Pizzigoni", via Parini, 42 tel 029620633  
Scuola Primaria "Damiano Chiesa", via Buraschi, 9 tel 029605522  
Cod. Meccanografico VAIC849006 – Cod. Fiscale 94011740126  
Email: [vaic849006@istruzione.it](mailto:vaic849006@istruzione.it) – Posta certificata: [vaic849006@pec.istruzione.it](mailto:vaic849006@pec.istruzione.it)  
Sito internet: <https://www.istitutocomprensivodavinci.edu.it>



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
Dipartimento per la Programmazione  
Direzione Generale per interventi in materia di attività  
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per  
l'istruzione e per l'innovazione digitale  
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

Circ. n. 180

Saronno, 28 marzo 2023

Ai genitori degli alunni  
delle classi 3D e 3F

Oggetto: Viaggio di istruzione a Siena - Uso dei farmaci

Si comunicano le disposizioni relative all'uso dei farmaci durante il viaggio di istruzione a Siena previsto nei giorni di giovedì 30 e venerdì 31 marzo 2023.

I genitori/tutori degli alunni

- che seguono regolarmente una specifica terapia farmacologica;
- che sporadicamente e al bisogno potrebbero necessitare di assumere farmaci (per esempio: antistaminico, antidolorifico specifico, ecc...)

#### DOVRANNO:

- al momento della partenza, consegnare i relativi farmaci ai docenti accompagnatori della classe in una bustina recante il nome dell'alunno;
- inserire nella bustina un foglio in cui, in maniera chiara e dettagliata, sono riportate le indicazioni per la somministrazione: tempi, modi e posologia (quantitativo del farmaco da assumere, come, quando e quante volte al giorno assumerlo);
- in caso di uso sporadico e al bisogno, al momento della partenza consegnare anche il modulo allegato alla presente circolare per indicare per quale malattia/tipologia di sintomi/disturbi l'alunno/a è abituato/a ad assumere il farmaco; in ogni caso prima della somministrazione i genitori saranno contattati.

Si precisa comunque che, per ogni evenienza, i docenti porteranno con sé un kit di primo soccorso contenente: tachipirina, termometro, cerotti, garze, disinfettante...

Appena sarà possibile saranno comunicati i riferimenti dell'hotel in cui gli alunni saranno alloggiati:

Distinti saluti.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA  
Prof.ssa Sabrina GALLELLO  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa*  
*Ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/93*



# ISTITUTO COMPRENSIVO "LEONARDO DA VINCI"

Via Padre Luigi Monti, 61 – 21047 Saronno (VA) tel 029602522-FAX 029600870  
 Scuola secondaria di I grado a indirizzo musicale "Leonardo da Vinci", via Padre Luigi Monti, 61  
 Scuola Primaria "Giuseppina Pizzigoni", via Parini, 42 tel 029620633  
 Scuola Primaria "Damiano Chiesa", via Buraschi, 9 tel 029605522  
 Cod. Meccanografico VAIC849006 – Cod. Fiscale 94011740126  
 Email: [vaic849006@istruzione.it](mailto:vaic849006@istruzione.it) – Posta certificata: [vaic849006@pec.istruzione.it](mailto:vaic849006@pec.istruzione.it)  
 Sito internet: <https://www.istitutocomprensivodavinci.edu.it>

Scuola Secondaria  
di Primo Grado



FONDI  
STRUTTURALI  
EUROPEI  
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
 Dipartimento per il Sistema Nazionale di Protezione Civile  
 Dipartimento per gli Affari Regionali e Locali  
 Dipartimento per l'Innovazione Digitale

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (P2E - PISA)

## MODULO PER LA RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN AMBITO EXTRA-SCOLASTICO

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
DELL'ISTITUTO COMPRENSIVO  
"L. DA VINCI"-SARONNO

I sottoscritti

Sig. \_\_\_\_\_ e

Sig.ra \_\_\_\_\_,

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_,

frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ di codesto Istituto Comprensivo,

affetto/a da \_\_\_\_\_,

partecipante al viaggio di istruzione presso \_\_\_\_\_,

previsto in data \_\_\_\_\_,

### CHIEDONO:

- che in caso di sopraggiunta necessità venga somministrato al figlio il farmaco \_\_\_\_\_ che si impegnano a consegnare ai docenti accompagnatori il giorno della partenza corredato dalle necessarie indicazioni di posologia;

### e DICHIARANO CHE:

- il figlio/la figlia è in grado di provvedere autonomamente ad autosomministrarsi il farmaco \_\_\_\_\_ qualora se ne riscontrasse la necessità. In ogni caso il farmaco dovrà essere consegnato al docente accompagnatore.

Resta inteso che in caso di difficoltà legate all'insorgenza di manifestazioni significative della patologia il personale docente accompagnatore provvederà tempestivamente in via precauzionale ad attivare le procedure di emergenza (chiamata del 118, convocazione urgente della famiglia sul posto per la riconsegna dell'alunno/a).

Saronno, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_