



*Ministero dell'Istruzione
e del Merito*



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "MARIO SQUILLACE"

SCUOLA DELL'INFANZIA - PRIMARIA – SECONDARIA DI I GRADO

CENTRO TERRITORIALE PER L'INCLUSIONE

Via Pelagosi, 1 – 88060 Montepaone (CZ) Tel. 0967 634727 Email:czic84600b@istruzione.it

Alle famiglie
Ai docenti
Al DSGA
Al personale ATA
Al sito web / Registro elettronico

PROTOCOLLO PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI A SCUOLA

a.s. 2026/2027

Premessa

La presenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico richiede interventi finalizzati a tutelarne il diritto allo studio, alla salute e al benessere all'interno della struttura scolastica. La somministrazione riguarda, in casi specifici, alunni affetti da patologie per le quali è indispensabile, sulla base di specifica certificazione rilasciata dal medico curante, assumere la terapia durante le ore di frequenza scolastica.

Normativa di riferimento

- Raccomandazioni del 25.11.2005 (nota MIUR prot. n. 2312/Dip/Segr.), contenenti le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico, emanate dal MIUR e dal Ministero della Salute;
- D.I. 182/2020, come modificato dal D.I. 153/2023, per gli interventi da inserire nel PEI;
- Legge 16 marzo 1987, n. 115, per l'inserimento scolastico degli alunni con diabete;
- D.Lgs. 81/2008, per la formazione degli addetti al primo soccorso;
- Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. 196/2003, per il trattamento dei dati relativi alla salute;
- accordo/protocollo con l'Azienda Sanitaria e normativa regionale vigente: [indicare estremi].

Art. 1 – Tipologia degli interventi

La somministrazione avviene sulla base delle autorizzazioni specifiche rilasciate dai competenti servizi sanitari e non deve richiedere cognizioni specialistiche di tipo sanitario, né l'esercizio di discrezionalità tecnica da parte dell'adulto che somministra. Il protocollo distingue:

- **farmaco salvavita:** da somministrare in tempi estremamente rapidi al verificarsi di un evento (ad esempio adrenalina per anafilassi, glucagone, farmaci per crisi epilettiche prolungate) – modulistica B, B/1, B/2 ed E;

- **farmaco indispensabile:** terapia programmata, per patologie croniche, che non può essere spostata fuori dall'orario scolastico – modulistica C/1 e C/2.

Sono esclusi i farmaci non prescritti e quelli la cui somministrazione non sia indispensabile in orario scolastico.

Art. 2 – Soggetti coinvolti

La somministrazione coinvolge, ciascuno per le proprie responsabilità e competenze:

- le famiglie degli alunni e/o gli esercenti la responsabilità genitoriale;
- la scuola: Dirigente Scolastico, personale docente e ATA;
- i servizi sanitari: pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, centri specialistici e Azienda Sanitaria competente per territorio;
- gli enti locali: operatori assegnati in riferimento al percorso di integrazione scolastica e formativa dell'alunno.

Art. 3 – Iter procedurale

1. Richiesta della famiglia. I genitori fanno pervenire al Dirigente Scolastico la formale richiesta sottoscritta da entrambi (Allegato A), accompagnata dall'autorizzazione medica. La prima somministrazione non deve avvenire a scuola, salvo situazioni specifiche documentate.

2. Autorizzazione medica. Rilasciata dal pediatra di libera scelta, dal medico di medicina generale o dal servizio specialistico, deve dichiarare:

- lo stato di malattia dell'alunno;
- la prescrizione specifica dei farmaci, precisando se si tratta di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità e l'indispensabilità della somministrazione in orario scolastico;
- la non discrezionalità da parte di chi somministra, né nell'individuazione degli eventi in cui occorre somministrare, né nei tempi, nella posologia, nelle modalità di somministrazione e conservazione;
- la fattibilità della somministrazione da parte di personale non sanitario.

Deve inoltre indicare in modo chiaro e leggibile: nome e cognome dello studente; nome commerciale del farmaco; descrizione dell'evento che richiede la somministrazione; dose; modalità di somministrazione; possibili effetti collaterali e interventi necessari; modalità di conservazione; durata della terapia.

3. Autorizzazione e piano di intervento. Accettata la documentazione e accertata la disponibilità del personale (Allegato B), il Dirigente Scolastico predispone l'autorizzazione con il relativo piano di intervento: Allegato B/1 per il farmaco salvavita (con il piano d'azione, Allegato E), Allegato C/1 per il farmaco indispensabile. Al personale incaricato è conferito incarico formale scritto, con indicazione dell'alunno e della terapia.

4. Verbale di consegna. Al momento della consegna del farmaco da parte del genitore, il personale scolastico redige il verbale: Allegato B/2 per il farmaco salvavita, Allegato C/2 per il farmaco indispensabile.

5. Registrazione. Ogni somministrazione è annotata sul registro (Allegato F).

6. Validità. La certificazione medica ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata a inizio di ogni anno e, se necessario, in corso d'anno. A fine anno si redige il verbale di riconsegna del farmaco ai genitori.

Art. 4 – Modalità di intervento del Dirigente Scolastico

A seguito della richiesta scritta, il Dirigente Scolastico:

- verifica le strutture scolastiche, individuando il luogo fisico idoneo per la conservazione e la somministrazione dei farmaci;
- concede, ove richiesta, l'autorizzazione all'accesso ai locali durante l'orario scolastico ai genitori o a loro delegati per la somministrazione;
- verifica la disponibilità degli operatori scolastici in servizio a garantire la continuità della somministrazione, ove non già autorizzata ai genitori o loro delegati. Gli operatori sono individuati preferibilmente tra il personale docente e ATA con formazione di primo soccorso; la disponibilità è volontaria;
- richiede all'Azienda Sanitaria la formazione "in situazione" del personale incaricato e promuove, ove possibile, specifici moduli formativi.

Art. 5 – Autosomministrazione

Per casi specifici riguardanti alunni minori, d'intesa con l'ASL e la famiglia, è possibile prevedere l'autosomministrazione. L'autorizzazione medica deve riportare, oltre a tutti i punti richiesti, la dicitura: *"il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola"*. La stessa dicitura va indicata nella richiesta dei genitori (Allegato D), nell'autorizzazione e nel verbale di consegna. Resta invariata la procedura. Si valutano caso per caso età e maturità dell'alunno [eventuale limite di età previsto dal protocollo locale].

Art. 6 – Conservazione dei farmaci e riservatezza

Il farmaco è consegnato dal genitore (o da un suo delegato), mai dall'alunno, in confezione nuova e integra, con data di scadenza valida. Il fiduciario di plesso propone al Dirigente Scolastico il luogo di conservazione: sicuro per gli alunni (di norma armadietto chiuso a chiave) ma di facile e rapido accesso per il personale incaricato, nel rispetto delle condizioni indicate dal produttore. La famiglia verifica periodicamente scadenza e integrità, rifornisce la scuola ogni volta che il medicinale termina, comunica immediatamente ogni variazione di trattamento e ritira il farmaco a fine terapia o a fine anno.

La somministrazione, in particolare se con aghi o con controlli glicemici, avviene in uno spazio idoneo che garantisca igiene, privacy e incolumità dei compagni. I dati sulla salute sono trattati solo dal personale autorizzato e per le sole finalità della somministrazione (informativa e consenso in Allegato G).

Art. 7 – Uscite didattiche, visite e viaggi d'istruzione

La gita fa parte a pieno titolo delle attività didattiche: gli alunni con necessità di somministrazione devono parteciparvi come i compagni. La somministrazione autorizzata va garantita secondo modalità concordate tra docenti, Dirigente Scolastico e famiglia, anche individuando un adulto, interno o esterno alla scuola, in grado di supportare l'alunno non autonomo. Il farmaco salvavita viaggia sempre con l'alunno e con l'incaricato.

Art. 8 – Non disponibilità di locali o personale

Qualora nell'edificio non siano presenti locali idonei, non vi sia alcuna disponibilità alla somministrazione da parte del personale o non vi siano i requisiti professionali necessari a garantire l'assistenza sanitaria, il Dirigente Scolastico può, nell'ambito dell'autonomia scolastica, individuare altri soggetti istituzionali del territorio con cui stipulare accordi e convenzioni (Aziende Sanitarie, Enti locali, Assessorati alla Salute e ai Servizi sociali, enti e associazioni di volontariato come la Croce Rossa Italiana). In difetto, ne dà comunicazione formale e motivata ai genitori o agli esercenti la responsabilità genitoriale e al Sindaco del Comune di residenza dell'alunno.

Art. 9 – Gestione delle emergenze

Resta prescritto il ricorso al Sistema Sanitario Nazionale di Pronto Soccorso quando i provvedimenti programmati risultino inadeguati o sussista una situazione di emergenza. Nei casi gravi e urgenti è obbligatorio **chiamare il 112/118 e avvertire contemporaneamente la famiglia**. Per il farmaco salvavita si applica il piano d'azione dell'Allegato E, da adattare alla organizzazione di ciascun plesso e da comunicare ai supplenti all'ingresso in servizio.

Art. 10 – Alunni con diabete di tipo 1

Per gli alunni minorenni con diabete di tipo 1, all'inserimento scolastico (dopo l'esordio, al cambio di scuola o di ordine) la famiglia consegna al Dirigente Scolastico la lettera informativa e il Piano di cura/Piano Individuale di Trattamento Diabetologico (PITD) redatto con il Centro di diabetologia pediatrica che ha in carico l'alunno. Il Piano indica: numeri telefonici da chiamare; momenti dei controlli glicemici; grado di autonomia dell'alunno; specifiche necessità (spuntini, uso dei servizi igienici, acqua); se l'alunno mangia a scuola, la terapia insulinica (farmaco, dose, chi la effettua), le indicazioni dietetiche e per l'attività fisica; per i microinfusori, le indicazioni d'uso e per le emergenze e l'elenco del materiale consegnato.

- **Il Dirigente Scolastico** riceve la segnalazione dalla famiglia, richiede la formazione del personale, facilita la relazione tra operatori scolastici, sanitari e genitori e individua luoghi e persone per i "percorsi interni".
- **Il personale** favorisce l'inserimento e la partecipazione a tutte le iniziative; effettua, se ha dato la disponibilità, misurazione della glicemia e somministrazione di insulina secondo il Piano; consente all'alunno adeguatamente formato di gestirsi in autonomia, di usare lo smartphone per le applicazioni sanitarie, di assumere spuntini, usare il bagno e bere; gestisce l'ipoglicemia secondo il Piano; informa la famiglia di variazioni comportamentali; partecipa ai corsi di formazione.
- **La famiglia** collabora all'inserimento, consegna il Piano e i propri recapiti e quelli del medico, fornisce il materiale necessario, affianca il personale nel periodo di formazione, comunica criticità e aggiornamenti, fornisce l'eventuale schema alimentare per la mensa e sottoscrive il consenso privacy.

L'alunno è tutelato nella riservatezza: se lo richiede o non si sente a suo agio, il controllo glicemico e l'iniezione avvengono in uno spazio idoneo e riservato.

Art. 11 – Divieti

È vietato al personale somministrare di propria iniziativa farmaci di qualsiasi tipo (anche da banco o rimedi omeopatici) fuori dalla procedura sopra descritta, e agli alunni portare a scuola e assumere

farmaci non autorizzati o cederli ad altri. In caso di malessere non rientrante nel presente protocollo, la scuola contatta la famiglia.

Art. 12 – Scadenze e referente

- Disponibilità del personale (Allegato B): entro il __/__/2026.
- Richieste delle famiglie: entro il __/__/2026 e, per sopravvenute necessità, tempestivamente.
- Referente: [nome, ruolo, recapiti].

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Anna ALFEO

(firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005)

Allegati: A Richiesta di somministrazione – B Verifica disponibilità del personale – B/1 e C/1 Autorizzazione e piano (salvavita / indispensabile) – B/2 e C/2 Verbale di consegna – D Richiesta di autosomministrazione – E Piano d'azione per farmaco salvavita – F Registro delle somministrazioni – G Informativa privacy e consenso

ALLEGATO A

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori e consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti (entrambi i genitori/esercenti la responsabilità genitoriale):

Madre/tutore _____

Padre/tutore _____

genitori di:

Alunno/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il __/__/__, residente a _____ in via _____

classe/sezione _____ della scuola _____ sita in via _____

Essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e orario scolastico dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data __/__/__ dal dott. _____.

Tipo di farmaco: ☐ salvavita ☐ indispensabile

Dichiarano di essere consapevoli che la somministrazione è effettuata da personale non sanitario, secondo le indicazioni del medico e del piano di intervento concordato; si impegnano a fornire il farmaco in confezione nuova e integra, a rifornire la scuola quando termina, a comunicare immediatamente ogni variazione del trattamento e a rimanere sempre reperibili.

Acconsentono al trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi alla salute, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (informativa e consenso: Allegato G).

Luogo e data _____

Firma dei genitori o di chi esercita la responsabilità genitoriale _____

(In caso di firma di un solo genitore, il firmatario dichiara di aver informato e ottenuto il consenso dell'altro genitore.)

Numeri di telefono utili: Pediatra di libera scelta/medico curante _____

Genitori _____

ALLEGATO B

**VERIFICA DELLA DISPONIBILITÀ DEL PERSONALE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI
FARMACI SALVAVITA**

A tutto il personale,

considerato che nell'Istituto è presente un alunno affetto da patologia che richiede, in tempi estremamente rapidi, la somministrazione di farmaci salvavita, si chiede a tutto il personale la propria disponibilità alla somministrazione.

Pur trattandosi di un intervento che non richiede abilità di ordine sanitario, sarà cura della scrivente richiedere all'ASL competente di effettuare un'apposita "formazione in situazione". La disponibilità è volontaria e può essere revocata con comunicazione scritta; si invitano in particolare gli addetti al primo soccorso a valutarla. L'incarico è conferito solo con provvedimento formale scritto.

Il personale disponibile inserisce nome e firma nella tabella seguente entro il __/__/2026.

Nome e cognome	Ruolo / plesso	Firma

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Anna ALFEO

ALLEGATO B/1

**AUTORIZZAZIONE E PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO
SALVAVITA**

Al personale docente – Al personale ATA

Oggetto: autorizzazione e piano di azione per somministrazione di farmaco salvavita

All'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

A seguito della richiesta inoltrata alla direzione dell'Istituto dal/i sig. _____
per il/la figlio/a _____, relativa alla somministrazione del farmaco salvavita,
il Dirigente Scolastico autorizza la somministrazione del farmaco con le procedure indicate nel piano di
azione allegato (Allegato E, adattato al caso), comprensivo di: farmaco e dose; evento che richiede la
somministrazione; luogo di conservazione; persone incaricate e sostituzioni; segnale di allarme; chiamata al
112/118 e alla famiglia.

Luogo e data _____

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Anna ALFEO

Per presa visione e conferma della disponibilità – personale incaricato (nome e firma):

[illegible]

ALLEGATO C/1

**AUTORIZZAZIONE E PIANO DI AZIONE PER SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO
INDISPENSABILE**

Al personale docente – Al personale ATA

Oggetto: autorizzazione e piano di azione per somministrazione di farmaco indispensabile

All'alunno/a _____

frequentante la classe _____ della scuola _____

A seguito della richiesta inoltrata alla direzione dell'Istituto dal/i sig. _____

per il/la figlio/a _____, relativa alla somministrazione del farmaco

indispensabile, il Dirigente Scolastico autorizza la somministrazione secondo il seguente piano di intervento:

- Il genitore consegna al personale della scuola una confezione nuova e integra del medicinale _____, da somministrare ogni giorno alle ore _____ all'alunno/a nella dose di _____, come da prescrizione medica consegnata in segreteria e allegata in copia.
- Il genitore rifornisce la scuola di una nuova confezione integra ogni volta che il medicinale termina.
- Il medicinale è conservato in luogo sicuro per gli alunni ma di facile accesso per il personale che effettua la somministrazione: _____ (indicare il luogo).
- Il medicinale è somministrato all'alunno da (nominativi e sostituzioni): Personale docente _____ Personale ATA _____

Luogo e data _____

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Anna ALFEO

Per presa visione e conferma della disponibilità – personale incaricato (firma):

ALLEGATO B/2

VERBALE DI CONSEGNA DI MEDICINALE SALVAVITA

In data __/__/____ alle ore _____ il/la sig. _____, genitore dell'alunno/a _____, frequentante la classe _____ della scuola _____, consegna al personale della scuola un flacone/confezione nuovo/a e integro/a del medicinale _____ da somministrare in caso di (indicare l'evento) _____ nella dose _____, come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata, rilasciata in data __/__/____ dal dott. _____.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo il piano di intervento concordato;
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni volta che il medicinale terminerà, a verificarne la scadenza e a comunicare immediatamente ogni variazione di trattamento;
- è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Luogo e data _____

Il genitore _____ Il personale incaricato _____

ALLEGATO C/2

VERBALE DI CONSEGNA DI MEDICINALE INDISPENSABILE

In data __/__/__ alle ore ____ il/la sig. _____, genitore dell'alunno/a _____, frequentante la classe ____ della scuola _____, consegna al personale della scuola un flacone/confezione nuovo/a e integro/a del medicinale _____ da somministrare ogni giorno alle ore ____ nella dose _____, come da certificazione medica consegnata in segreteria e in copia allegata, rilasciata in data __/__/__ dal dott. _____.

Il genitore:

- autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco secondo il piano di intervento concordato;
- provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra ogni volta che il medicinale terminerà, a verificarne la scadenza e a comunicare immediatamente ogni variazione di trattamento;
- è sempre disponibile e prontamente rintracciabile ai seguenti numeri telefonici:

Luogo e data _____

Il genitore _____ Il personale incaricato _____

ALLEGATO D

RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori e consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti _____, genitori di:

Alunno/a (cognome e nome) _____

nato/a a _____ il __/__/____, residente a _____ in via

classe/sezione _____ della scuola _____ sita in via _____

Essendo il minore affetto da _____ e constatata l'assoluta necessità, chiedono che il minore si auto-somministri, in ambito e orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data __/__/____ dal dott.

_____.

Dichiarano che l'autorizzazione medica riporta la dicitura "il minore può auto-somministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale della scuola", che il minore ha acquisito l'autonomia necessaria e si assumono la responsabilità anche in ordine all'autonomia nella conservazione del farmaco (ove concordata).

Acconsentono al trattamento dei dati personali, compresi quelli relativi alla salute (Allegato G).

Luogo e data _____

Firma dei genitori _____

Numeri di telefono utili: Pediatra/medico curante _____ Genitori _____

ALLEGATO E

PIANO DI AZIONE PER FARMACO SALVAVITA

(modello da adattare al caso e all'organizzazione di ciascun plesso)

Il genitore consegna al personale della scuola una confezione nuova e integra del medicinale _____, da somministrare in caso di (evento) _____, come da certificazione medica in segreteria e in copia allegata; rifornisce la scuola ogni volta che il medicinale termina. Alla consegna si redige il verbale (Allegato B/2). Il medicinale è conservato in luogo sicuro per gli alunni ma di facile accesso per chi somministra: _____.

Se all'alunno/a _____ si presenta l'evento indicato, il personale interviene con il seguente piano.

Comportamenti del personale

Conservare la calma è particolarmente utile. È opportuno potersi avvalere di due persone:

- **una per i contatti telefonici:** chiama il 112/118 e prende nota delle indicazioni ricevute; chiama i genitori;
- **una per la somministrazione:** assiste l'alunno e somministra il farmaco secondo il piano terapeutico del medico.

1) Docente solo con la classe, un collaboratore scolastico in turno

- Il docente soccorre l'alunno e chiama il collaboratore con il segnale concordato.
- Il collaboratore porta il medicinale, riunisce gli altri alunni e li affida a un docente presente che li sorveglia.
- Il docente che soccorre l'alunno somministra il farmaco.
- Il collaboratore chiama il 112/118 e i genitori.

2) Docente solo con la classe, due collaboratori in turno

- Il docente chiama con il segnale concordato e soccorre l'alunno.
- Il primo collaboratore porta il medicinale e affida gli altri alunni a un docente presente.
- Il docente somministra il farmaco.
- Il secondo collaboratore chiama il 112/118 e i genitori.

3) Due docenti in compresenza, un collaboratore in turno

- Un docente soccorre l'alunno.
- L'altro docente chiama il collaboratore con il segnale concordato, poi il 112/118 e i genitori.
- Il collaboratore porta il medicinale e affida gli altri alunni a un docente presente.
- Il docente che soccorre l'alunno somministra il farmaco.

Oltre alla normale organizzazione vanno previste le situazioni con docenti supplenti o supplenti ATA, che all'ingresso in servizio devono essere informati del piano dai docenti di plesso. Per segnalare l'emergenza il personale riceve un segnale di allarme concordato (ad esempio un fischietto).

ALLEGATO F

REGISTRO DELLE SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

Alunno/a: _____ Classe: _____ Plesso: _____

Farmaco: _____ Scadenza: __/__/____ Anno scolastico: 2026/2027

Data	Ora	Farmaco e dose somministrata	Modalità	Firma di chi somministra	Osservazioni / note

Verbale di riconsegna del farmaco ai genitori a fine anno scolastico (data __/__/____) – firma del genitore _____
 – firma del ricevente _____

ALLEGATO G

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(artt. 13 e 9 Regolamento UE 2016/679 – somministrazione di farmaci a scuola)

Titolare: l'Istituzione scolastica [denominazione, indirizzo], nella persona del Dirigente Scolastico pro tempore. DPO: [nominativo e contatti].

Finalità e base giuridica: i dati relativi alla salute dell'alunno sono trattati esclusivamente per gestire la richiesta e l'eventuale somministrazione di farmaci in orario scolastico e garantire la sicurezza dell'alunno, in adempimento di obblighi di legge e delle Raccomandazioni del 25.11.2005, nonché sulla base del consenso dei genitori.

Modalità e destinatari: trattamento a cura del solo personale autorizzato (Dirigente Scolastico, segreteria, personale incaricato, fiduciario di plesso, docenti di classe per quanto strettamente necessario); comunicazione ad ASL, medici e servizi di emergenza solo ove indispensabile. I dati non sono diffusi.

Conservazione: per l'anno scolastico e per il tempo previsto dalla normativa sulla conservazione degli atti scolastici.

Diritti: accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, opposizione e reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, scrivendo al Titolare o al DPO.

Dichiarazione di consenso

I sottoscritti, genitori/esercanti la responsabilità genitoriale dell'alunno/a _____, classe _____, presa visione dell'informativa:

☐ ACCONSENTONO ☐ NON ACCONSENTONO

al trattamento dei dati sulla salute dell'alunno/a per le finalità indicate, e al tempo stesso assentono alla informazione al personale e ai compagni nei limiti strettamente necessari, all'individuazione dei locali di somministrazione e conservazione e, ove autorizzata, all'autosomministrazione.

Luogo e data _____

Firma dei genitori _____