

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico)

I sottoscritti .....

genitori dell'alunno/a .....

nato a..... il .....

residente a ..... in Via.....

frequentante la classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via.....

Essendo il minore affetto da .....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data..... dal Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI       NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

• Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_

• Genitori \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Vista la richiesta dei genitori è constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO ED IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome ..... Nome.....

Data di nascita .....Residente a .....

in via ..... Telefono .....

Classe ..... della Scuola .....

sita a ..... in via .....

del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione .....

Modalità di somministrazione ..... Dose .....

Orario: 1^ dose ... .. 2^ dose ... .. 3^dose ... .. 4^ dose ... ..

Durata terapia: dal..... al.....

Modalità di conservazione del farmaco .....

note

Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra