

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
IN ORARIO SCOLASTICO**

**DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E
DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

I sottoscritti

.....

genitori di

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 proposta del medico
(MMG/PLS) rilasciata in data..... dal
Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte
di personale non sanitario adeguatamente formato, 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 potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

- Genitori _____
- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

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

Cognome Nome.....

Data di nascitaResidente a

in via Telefono

Classe della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione Dose

Orario: Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico-.....)

dal..... al.....

Terapia di mantenimento:

.....

Terapia in caso di manifestazioni acute (eventuale scheda per patologia allegata):

.....

Modalità di conservazione del farmaco:

Note

.....

Data

Timbro e firma del Medico

.....