

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

**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 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.
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 e 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 nascitaResidente 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