

Allegato n. 1

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 prescrizione medica rilasciata in data dal Dr.

Si precisa che la somministrazione del farmaco è effettuabile anche da parte di personale non sanitario (come da prescrizione medica) di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, esonerando il personale scolastico da ogni responsabilità.

Con la presente si acconsente 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).

Data:

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Pediatra di Famiglia/Medico Curante _____

Madre _____ Padre _____

Allegato n. 2

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI FAMIGLIA/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 nascita Residente 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: 1^a dose 2^a dose 3^a dose 4^a dose

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

Modalità di conservazione del farmaco

Terapia d'urgenza

Farmaco:

Dose:

Modalità di somministrazione:

.....

.....

Note

Data:

Timbro e firma del Medico