

**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 Dottor

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 196/2003 (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 nascita Residente a

In via Telefono

Classe della Scuola

Sitaa in via

Dirigente scolastico dott. Ardiccio Savio

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Dose

Orario: Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico 2011-2012)

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

.....