

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
orario scolastico dei farmaci come da allegata prescrizione medica
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