

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

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

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia |_|
Scuola primaria |_|
Scuola secondaria I e II grado |_|

I sottoscritti
genitori di
nato a _____ il ___/___/_____/CFiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
frequentante la classe _____ della scuola _____
essendo il minore affetto da

CHIEDONO

che il/i farmaco/i indicato/i dal medico curante (medico o pediatra di famiglia o specialista operante nel SSN) nell'allegata prescrizione redatta in data ___/___/_____/

sia/no somministrato/i a mio/a figlio/a dal personale della scuola

Autorizzo contestualmente il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso da ogni responsabilità civile derivante dalla somministrazione essendo state osservate tutte le cautele indicate dalla prescrizione medica.

Mi impegno inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco

mio/a figlio/a si auto-somministri la terapia farmacologica in ambito scolastico con la supervisione dei docenti

Data

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

.....

Numeri di telefono utili:

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

**PRESCRIZIONE DA COMPILARE DA PARTE 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**

Dati del medico operante nel Servizio Sanitario Nazionale

Cognome Nome

Qualifica (Pediatra,Medico di Famiglia, Specialista..).....

Dati dell'alunno

Cognome Nome

nato a _____ il ___/___/_____/ CFiscale|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

frequentante la classe _____ della scuola _____

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**

Nome commerciale del farmaco

Principio attivo

Forma farmaceutica

Modalità di somministrazione

(Specificare se da parte di terzi o autosomministrazione).....

Dosaggio.....

Orario:

Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico 2018/2019)

dal al

Descrizione dell'evento che prevede la somministrazione del farmaco.....

.....

Modalità di conservazione del farmaco:

Note

.....

Data

Timbro e firma del Medico