

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI /ESERCENTI LA RESPONSABILITA'
GENITORIALE DEL/LA ALUNNO/A E DA CONSEGNARE
AL DIRIGENTE SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico della Scuola per l'infanzia _____

Scuola primaria _____

Scuola secondaria I grado _____

I sottoscritti

genitori di

natoa _____ 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 _____

Vista la richiesta dei genitori/esercanti la responsabilità genitoriale 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 corrente anno scolastico)

dal al.....

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

Modalità di conservazione del farmaco:.....

Note.....

Data

Timbro e firma del Medico