

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

I sottoscritti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

genitori di \_\_\_\_\_

nat a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

frequentante la sezione/classe \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

essendo minore affetto da \_\_\_\_\_

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr \_\_\_\_\_

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

Acconsento 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) .

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numeri di telefoni utili: \_\_\_\_\_

♦ Pediatra di libera scelta/Medico curante \_\_\_\_\_

♦ Genitori \_\_\_\_\_

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA  
SCELTA O 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 \_\_\_\_\_

Classe/Sezione \_\_\_\_\_ della Scuola \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

del seguente farmaco

nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

modalità di somministrazione \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_

modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

note \_\_\_\_\_

---

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

# ALLEGATO B

Modulo per la somministrazione farmaci salvavita (a cura del medico e del genitore)

Lo studente \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_ della scuola:



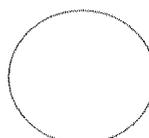
Infanzia       Primaria

S. Media       IPA

SINTOMO	FARMACO

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del medico \_\_\_\_\_



## Allegato D

### Verbale di somministrazione farmaco

ALUNNO/A \_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Genitore/tutore dell'alunno \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_

Della Scuola:

Infanzia       Primaria       S. Media       IPA

consegna alle insegnanti di classe un flacone nuovo ed integro del medicinale:

(descrizione) \_\_\_\_\_

da somministrare al bambino/a nelle modalità previste dalla certificazione medica consegnata in segreteria, rilasciata in data \_\_\_\_\_

dal Dott. \_\_\_\_\_

Il genitore autorizza il personale della scuola a somministrare il farmaco e solleva lo stesso personale da ogni responsabilità derivante dalla somministrazione del farmaco stesso.

Il genitore provvederà a rifornire la scuola di una nuova confezione integra, ogni qual volta il medicinale sarà terminato, inoltre comunicherà immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

ltri, \_\_\_\_\_

Il Genitore/tutore

\_\_\_\_\_

le Insegnanti

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_