**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**

 ISC “RITA LEVI MONTALCINI”

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

**IN ORARIO SCOLASTICO**

**DA** **COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL’ALUNNO**

I sottoscritti …………………………………… ………………………………………

genitori di …………………………………………………………………………………….

 nato/a a…………………………..……………………. il ………………………………………..

residente a …………………………….…… in via………………….…… frequentante

la classe……………. della Scuola dell’Infanzia/Primaria/Sec. di I grado Plesso ………………….

Essendo il minore affetto da …………………………………………………………………

e constatata l’assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico

dei farmaci come da allegata certificazione del medico rilasciata in data ……………………………….

dal dott. ………………………………………………...

I genitori si impegnano a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione di trattamento.

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.

A tal fine (barrare la casella che interessa):

 chiedono che il/i farmaco/i, consegnato/i con verbale di consegna, venga/no conservato/i nei locali della scuola; inoltre si impegnano a provvedere, sotto la loro responsabilità, alla sua/loro sostituzione in caso di scadenza e al rifornimento in caso di utilizzo.

 Segnalano la presenza del farmaco nello zaino dell’alunno, coscienti che il personale della scuola non ne sarà responsabile per perdita o smarrimento.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 e del Regolamento UE 2016679

Porto Sant’Elpidio,…………………………………….

Firma dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale

……………………………………. …………………………………..

Si allega certificazione medica

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 dell’Infanzia/Primaria/Sec. di I grado Plesso …………………., Dirigente scolastico

prof.ssa Lucia Vagnoni

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del farmaco …………………………………………………………….

Modalità di somministrazione …………………………………………. Dose..........................

Orario:………………………..Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico …………)

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

………………………………….