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

…….