

Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica
Spoltore

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al D.S.)

I sottoscritti e
genitori dell'alunno_ nato a il
residente a in via frequentante la
classe della scuola plesso

essendo il minore affetto da e
constatata con il medico curante l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico
dei farmaci, come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal dott.
.....

Consapevoli che l'operazione viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile
e penale derivante da tale intervento.

Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 e del Regolamento UE 2016/679.

..... li

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....
.....

Numeri di telefono utili:

Pediatra di libera scelta/medico curante

Genitori

Al Dirigente Scolastico
Direzione Didattica
SPOLTORE

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE ALLA SOMMISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

*(Da compilare a cura del **pediatra di libera scelta o medico di medicina generale** e da consegnare al D.S.)*

Constatata l'assoluta necessità, si prescrive la somministrazione del farmaco sottoindicato da parte di personale non sanitario, in ambito e in orario scolastico, all'alunno

Cognome..... Nome

nat_ a il residente a

..... in via

frequentante la classe sez. della scuola

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Dose

Orario **Durata terapia**

Modalità di conservazione del farmaco

Nel caso di necessità di somministrare il farmaco in particolari situazioni di emergenza, indicare la sintomatologia

.....

.....

.....

Eventuali problematiche derivanti da una non corretta somministrazione del farmaco e/o effetti collaterali o indesiderati dello stesso

.....

.....

Note

Luogo e Data il

Timbro e firma del medico