Allegato n. 1

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e
da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti …….…… padre

…….…… madre

Genitori di …….…….

Nato a …….…….…… il …….…….…….

Residente a …….…….

in Via……

Frequentante la classe …..... Sezione …… Plesso ……

Essendo il minore affetto da……...

e constatata l'assoluta necessità, chiedendo 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 rilevare lo stato di salute delle persone).

SI ☐ NO ☐

Data…….....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria podestà

…… …….

<u>Numeri di telefoni utili</u>:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante……
- Genitori ……

Allegato n.2

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……

In via ……. Tel……..

Classe……....della Scuola ……

Sita a ……in Via……..

Dirigente Scolastico **prof. Carlo Salvucci**

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco …….

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

Orario: 1^ dose … … … … 2^ dose … … … …3^ dose … … … …4^ dose … … … …

Durata terapia: dal …….. al …….

Modalità di conservazione del farmaco……..

Note …….

……

Data …….

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

……..