

RICHIESTA ed AUTORIZZAZIONE

alla somministrazione farmaci in ambito scolastico

I sottoscritti genitori/tutori legali
del minore frequentante la
classe/sezione della scuola

CHIEDONO

la somministrazione allo stesso di terapia farmacologia **continuata** in ambito scolastico,
come da prescrizione medica allegata rilasciata in data
dal dottor

la somministrazione allo stesso, in ambito scolastico, di terapia farmacologia **al bisogno**
come da prescrizione medica allegata rilasciata in data dal
dottor

Autorizzo, contestualmente, il personale scolastico identificato dal Dirigente Scolastico alla
somministrazione del farmaco e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e ci-
vile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di seguito descritta.

la possibilità che lo stesso si autosomministri la terapia farmacologia in ambito scolastico,
come da prescrizione medica in mio possesso.

in via continuativa

al bisogno

Farmaco
(specificare con precisione nome e tipologia di farmaco)

Dosi
(descrivere dettagliatamente le dosi di somministrazione)

Somministrare ad orari (se continuativa)

Somministrare in caso di

Ubicazione farmaco

Modalità di conservazione

Con la presente acconsento anche 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).

Data

(Firma leggibile dei genitori o di chi ne fa le veci)

NUMERI DI TELEFONO UTILI

Genitori : Madre Padre

Medico Curante / Pediatra

PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA/ PEDIATRA DI LIBERA SCELTA /
MEDICO DI MEDICINA GENERALE
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Vista la richiesta presentata dai Genitori
Constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

La somministrazione , in orario scolastico, da parte di : personale scolastico - alunno
(cancellare la voce che non interessa)

all'alunno/a :
cognome e nome

frequentante la classe Sez..... della scuola

del seguente farmaco

Nome commerciale del farmaco

Modalità di somministrazione

Dose

Orario durata della terapia

dal al

Terapia di mantenimento

Terapia in caso di manifestazione acute

Note :

.....

Timbro e firma del Medico