

➤ **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

I sottoscritti

.....

genitori (o altro soggetto titolare della responsabilità genitoriale ai sensi della l. 04-05-1983 n. 184 –
specificare:.....) dell'alunno/a

frequentante nel corrente anno scolastico la classe sez.....
plesso..... della Scuola

Essendo il minore affetto da

.....

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito e orario scolastico dei
farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data dal
Dott.....

.....

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.

Alla luce delle disposizioni del codice civile in materia di filiazione, la richiesta in oggetto, rientrando
nella responsabilità genitoriale, deve essere condivisa dai genitori. Qualora la domanda sia firmata
da un solo genitore, si intende che la scelta sia stata comunque condivisa

Luogo e data.....

Firma dei genitori

o di chi esercita la responsabilità genitoriale

.....

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/ Medico Curante.....
- Genitori (altro soggetto:.....)

.....

IL NOSTRO ISTITUTO TRATTERÀ I DATI PERSONALI , SENSIBILI E/O GIUDIZIARI IN CONFORMITÀ ALLA INFORMATIVA **EX ART. 13 REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679**. GIÀ
FIRMATA DAGLI SCRIVENTI PER LE FINALITÀ OBBLIGATORIE INDICATE E NECESSARIE PER IL PROSEGUIMENTO DEL RAPPORTO COL NOSTRO ISTITUTO E LIMITATAMENTE
COMUNQUE AL RISPETTO DI OGNI ALTRA CONDIZIONE IMPOSTA PER LEGGE

Allegato

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 Telefono

Classe della Scuola

sita a in via

Dirigente Scolastico

del seguente farmaco (Nome commerciale del farmaco).....

Evento

Eventuali note di primo soccorso

Modalità di somministrazione del farmaco:.....

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 del Pediatra)