

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO
IC ZAGAROLO**

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA

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

I sottoscritti
genitori dinat_ a
il residente a in via
frequentante la classe della scuola sita a
in via

Essendo il minore affetto da
e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed 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.

Acconsento 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 dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/medico curante
- Genitori

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

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