ALLEGATO 1: MODULO DI RICHIESTA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO
(da compilare a cura del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo/scuola_____
sottoscritto _____
genitore dell'alunno/a _____ nato/a_____
il_____ residente a_____ in via_____
frequentante la Scuola _____ classe_____ sez. _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a_____
è affetto/a da_____
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco programmato e in caso di urgenza come da allegata prescrizione medica
(PLS/MMG) rilasciata in data_____ dal dott._____

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.
Allega, a tal fine:
il certificato medico attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da prescrizione del farmaco indispensabile con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

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
Firma del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale
_____ _____
Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:
1° NUMERO _____
2° NUMERO _____

ALLEGATO 2: CERTIFICAZIONE MEDICA

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.

Si certifica che l'alunno/a:
Cognome _____ Nome_____ data di nascita_____
Residente a _____ in via _____
Frequentante la scuola _____ classe_____
affetto/a da_____

NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO

□ Intervento programmato
che si manifesta anche con la seguente sintomatologia _____
_____
_____

□ In caso di urgenza dovuta a_____
_____
_____

Nome commerciale del farmaco/principio attivo del farmaco_____
Modalità di somministrazione_____Dosaggio_____
Modalità di conservazione del farmaco_____
_____
Note_____
_____

Si certifica altresì che la somministrazione dei farmaci prescritti può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato e formato.