

Allegato 1

**RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI**

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

I sottoscritti \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genitori di \_\_\_\_\_

Nato 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, chiedo la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal Dr.  
\_\_\_\_\_

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).

SI

NO

Data \_\_\_\_\_

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

\_\_\_\_\_

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante \_\_\_\_\_
- Genitori \_\_\_\_\_

Allegato 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 \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_ della scuola \_\_\_\_\_

Sita a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dirigente scolastico \_\_\_\_\_

**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

**AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI  
IN AMBITO SCOLASTICO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Data di nascita \_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_  
Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

**Constata l'assoluta necessità si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico dei  
seguenti farmaci:**

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Orario 1^dose \_\_\_\_\_ 2^dose \_\_\_\_\_ 3^dose \_\_\_\_\_ 4^dose \_\_\_\_\_

Durata terapia \_\_\_\_\_

Modalità di conservazione del farmaco \_\_\_\_\_

Nome commerciale del farmaco \_\_\_\_\_

Evento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dose e modalità di somministrazione \_\_\_\_\_

Eventuali note di primo soccorso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Modalità di conservazione \_\_\_\_\_

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.

Data ...../...../.....

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

N.B. barrare le voci che non interessano

AI GENITORI

- L'autorizzazione va consegnata al Dirigente Scolastico
- Ha validità per l'anno scolastico in corso e va rinnovata ad inizio di ogni anno scolastico in corso dello stesso anno se necessario
- I farmaci prescritti vanno consegnati in confezione integra e trattenuti dalla scuola per tutta la durata della terapia