



**MI - USR LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI OLEVANO ROMANO**  
PIAZZA KAROL WOJTYLA, 1 - 00035 OLEVANO ROMANO (RM)  
Tel. 069564021 069564039 Fax. 0695609184 - Codice Fiscale: 93008700580  
e-mail:rmic8am006@istruzione.it - icolevanoromano.edu.it

ALLEGATO\_A

Al Dirigente Scolastico

**Richiesta di somministrazione di farmaci in orario scolastico**

(Da compilare a cura dei/l genitori/e dell'alunno, indirizzata al Dirigente Scolastico)

I/il sottoscritti/o .....

genitori/e dell'alunno/a.....

nato/a a.....il.....

residente in.....via.....

frequentante la classe..... della Scuola.....

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 Dr.....

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario, di cui si autorizza fin d'ora l'intervento, sollevandolo da qualsiasi responsabilità.

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 dell' alunno/a)

SI NO

Data.....

Firma dei/l genitori/e o di chi esercita la patria potestà

.....

.....

**Prescrizione del medico curante (pediatra di libera scelta o medico di medicina generale o specialista) alla somministrazione dei farmaci in ambito e orario scolastico**  
(Da allegare alla richiesta dei genitori)

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

**si prescrive**

la somministrazione del/ farmaco/i sottoindicato/i, da parte di personale non sanitario, in ambito ed orario scolastico all'alunno/a:

nome.....cognome.....

nata il.....a.....Residente in .....

via.....; frequentante la classe.....della scuola.....

.....

Nome commerciale del farmaco.....

Modalità di somministrazione.....

.....

Dose/i.....

.....

.....

Tempistica.....

.....

.....

(In caso di terapia) Durata della terapia : dal.....al.....

Modalità di conservazione del farmaco.....

.....

Note.....

.....

Data ..... Timbro e firma del Medico