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