

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Al Responsabile del Servizio / Dirigente Scolastico

Nido d'Infanzia/Scuola _____

Via _____

I sottoscritti: _____

genitori o tutori/esercenti la potestà genitoriale di:

_____ Nato/a il _____

frequentante la sezione: _____ Nido d'Infanzia /Scuola: _____

CHIEDONO

sia somministrata in ambito scolastico la terapia prescritta, al proprio figlio, da medico/pediatra di famiglia o da medico specialista o Struttura Ospedaliera : _____

Allegano la prescrizione medica attestante l'indispensabilità della somministrazione a scuola, recante posologia, orario e modalità, diagnosi, impegnandosi a fornire il farmaco in confezione integra, provvedendo in tempo utile a rinnovare la fornitura dello stesso.

S'impegnano inoltre a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione della terapia e/o della modalità di somministrazione del farmaco e ne verificano periodicamente la scadenza.

Acconsentono 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).

Firma

Data _____

Recapiti telefonici: _____

*nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà.

Intesa UST Milano – ASL Milano
Allegato 1 : richiesta di somministrazione del farmaco

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO DI FAMIGLIA
(PEDIATRA DI FAMIGLIA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO**

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità

SI PRESCRIVE

**LA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DI PERSONALE NON
SANITARIO, DEI FARMACI SOTTOINDICATI ALL'ALUNNO/A**

Cognome Nome.....

Data di nascitaResidente 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: Durata terapia (entro i limiti del singolo anno scolastico-.....)

dal..... al.....

Terapia in caso di manifestazioni acute:

Modalità di conservazione del farmaco:

Note

Data

Timbro e firma del Medico

.....