ISTITUTO COMPRENSIVO "MARIO GIACOMELLI"
Via Puccini, 22 - 60019 SENIGALLIA - Tel. (071) 7924811 - Fax (071) 7912439

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno e da consegnare al Dirigente Scolastico)

I sottoscritti _____ e _____
(Padre – Cognome e nome) (Madre – Cognome e nome)

genitori dell'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in Via _____

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 e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.
- Si esonera la scuola e tutto il personale scolastico da qualunque responsabilità inerente alla somministrazione del farmaco e da ogni intervento effettuato in caso di necessità.
- Si impegna a produrre la prescrizione del medico curante (pediatra o medico di medicina generale) relativa alla corretta conservazione e somministrazione nella quale risulti il nome del farmaco e la durata della terapia, esonerando la scuola ed il personale scolastico da ogni responsabilità.

Senigallia _____

Firma dei genitori
(o di chi esercita la potestà)

_____

_____

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta/Medico Curante _____
- Genitori _____
- Altri recapiti _____

Mod.AI./17sf

Allegato n. 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