

## RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI

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

I Sottoscritti: \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome* *Cognome e Nome*

in veste di:  genitori o  soggetti esercenti la potestà genitoriale

dell'alunno: \_\_\_\_\_  
*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

essendo il minore affetto da: \_\_\_\_\_  
*Riportare la patologia diagnosticata dal medico*

e constatata l'assoluta necessità,

### CHIEDONO

la somministrazione in ambito ed orario scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica  
o

rilasciata in data : \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_.

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 acconsente al trattamento dei dati sensibili e personali ai sensi del D.Lgs.196/03.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o  
di chi esercita la potestà genitoriale

Numeri di telefono utili:

Medico: \_\_\_\_\_ Genitori: \_\_\_\_\_

**Allegato 1-** alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico

\*o altri soggetti esercenti la potestà genitoriale.

## PRESCRIZIONE - AUTORIZZAZIONE DEL MEDICO CURANTE

(Pediatria di libera scelta o Medico di Medicina generale)

### ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO IN CASO DI EMERGENZA

Relativamente all'alunno: \_\_\_\_\_

*Cognome e Nome*

nato a : \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

residente in via: \_\_\_\_\_ del comune di: \_\_\_\_\_

frequentante la classe: \_\_\_\_\_ della scuola: \_\_\_\_\_

con sede in Via: \_\_\_\_\_ del Comune di: \_\_\_\_\_

affetto da: \_\_\_\_\_

*Riportare la patologia diagnosticata*

- Vista la richiesta dei genitori (o altri soggetti esercitanti la patria potestà),
- Constatata l'ASSOLUTA NECESSITÀ di somministrazione,
- Verificata la fattibilità della somministrazione anche da parte di personale NON sanitario,
- **NON COMPORTA** effetti dannosi / **POTREBBE COMPORTARE** effetti dannosi (lasciare l'ipotesi preferita e cancellare l'altra);

### SI PRESCRIVE E SI AUTORIZZA

la somministrazione dei farmaci di seguito indicati, da parte di personale NON sanitario, in ambito ed in orario scolastico:

**1° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

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

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

**2° FARMACO** Nome commerciale del farmaco: \_\_\_\_\_

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

Modalità di conservazione: \_\_\_\_\_

Descrizione dei sintomi dell'evento di emergenza: \_\_\_\_\_

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Timbro e Firma del medico*

**Allegato 2- alla procedura operativa per la somministrazione di farmaci in orario scolastico**