

ALLEGATO 1: MODULO DI RICHIESTA

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO (da compilare a cura dei genitori dell'alunno e consegnare al Dirigente scolastico)

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo/scuola

Il sottoscritto _____
genitore dell'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in via _____
frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

DICHIARA

che il proprio figlio/a _____
è affetto/a da _____
e constatata l'assoluta necessità

CHIEDE

venga somministrato allo stesso/a il farmaco in caso di urgenza come da allegata prescrizione medica (PLS/MMG) rilasciata in data _____ dal dott. _____ e

AUTORIZZA

il personale docente e non docente ad effettuare la somministrazione del farmaco esonerando la scuola da ogni responsabilità per danni derivanti dalla somministrazione stessa.

Allega, a tal fine:

- **il certificato medico** attestante le condizioni di salute dell'alunno come dichiarato nella presente, corredato da **prescrizione del farmaco indispensabile** con indicazioni specifiche sulla posologia e le modalità di somministrazione.

ACCONSENTO

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)

SI

NO

Data _____

Firma del genitore o dell'esercente potestà genitoriale

Recapiti telefonici cui fare riferimento in caso di urgenza:

1° NUMERO _____

2° NUMERO _____

ALLEGATO 2: CERTIFICAZIONE MEDICA

**PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS) O MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO.**

Si certifica che l'alunno/a:

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____
Residente a _____ in via _____
Frequentante la scuola _____ classe _____
affetto/a da _____

**NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE IN ORARIO SCOLASTICO, DA PARTE DEL PERSONALE NON
SANITARIO, DEL SEGUENTE FARMACO**

In caso di urgenza dovuta a _____
che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

Nome commerciale del farmaco _____
Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____
Modalità di conservazione del farmaco _____

Note _____

Si certifica altresì che la somministrazione può essere effettuata da personale non sanitario opportunamente informato/formato.

Data _____

**TIMBRO E FIRMA
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O
DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE**