

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Al Dirigente Scolastico

Scuola _____

I sottoscritti _____
genitori dell'alunno/a _____ data di nascita _____
frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

CHIEDONO

Che venga somministrato allo stesso/a il farmaco a Scuola come da prescrizione medica allegata

AUTORIZZANO

Il personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, alla somministrazione del farmaco

SOLLEVANO

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla somministrazione stessa del farmaco.
Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n. 1 _____ n. 2 _____

n. 3 PLS /MMG Dott. _____

Data _____

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

RICHIESTA DI AUTO-SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI A SCUOLA

(minore)

Al Dirigente Scolastico

Scuola _____

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ data di nascita _____

frequentante la Scuola _____ classe _____ sez. _____

CHIEDONO

1. che il minore, in ambito scolastico, si autosomministri il farmaco come da allegata autorizzazione medica, con la vigilanza del personale scolastico formato.
2. che l'autosomministrazione del farmaco avvenga sotto la vigilanza del personale scolastico docente e non, identificato dal D.S. e opportunamente formato/informato, come da allegata prescrizione ed autorizzazione medica

SOLLEVANO

la Scuola da qualunque responsabilità civile e penale derivante dalla auto-somministrazione del farmaco.
Acconsentono al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/3.

Recapiti telefonici a cui fare riferimento in caso di bisogno:

n. 1 _____ n. 2 _____

n. 3 PLS /MMG Dott.

Data _____

Firma dei genitori o esercenti potestà genitoriale

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco salvavita
(Pediatra di libera scelta o MMG)
ALLA 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 ambito e in orario scolastico da
parte del personale scolastico non sanitario, docente e non, del seguente farmaco/i:

★URGENZA★ che si manifesta con la seguente sintomatologia _____

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Dosaggio _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Possibili effetti collaterali _____

TIMBRO E FIRMA del PLS / MMG

Data _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco indispensabile
(Pediatra di libera scelta o MMG)
ALLA 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 ambito e in orario scolastico da
parte del personale scolastico non sanitario, docente e non, del seguente farmaco/i:

QUOTIDIANAMENTE

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Orario _____ Dose _____

Insulina : Orario.....1° dose..... Orario..... 2° dose..... Orario..... 3° dose.....

Durata terapia _____

Modalità di conservazione del farmaco _____

Possibili effetti collaterali _____

TIMBRO E FIRMA del PLS / MMG

Data _____

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per farmaco indispensabile occasionale

(Pediatra di libera scelta o MMG)

ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a: _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

affetto/a da _____

NECESSITA della somministrazione indifferibile in ambito scolastico, da
parte del personale scolastico non sanitario, docente e non, del farmaco sottoindicato:

SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione _____ Orario _____ Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco : _____

TRATTASI DI SOMMINISTRAZIONE OCCASIONALE (come per gita scolastica)

del giorno/i _____ DALLE ORE _____ ALLE ORE _____

Data _____

Timbro e firma PLS / MMG

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE per autosomministrazione

(Pediatria di libera scelta o MMG)

ALLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno/a: _____

Cognome _____ Nome _____ data di nascita _____

Residente a _____ in via _____

Frequentante la scuola _____ classe _____ sez. _____

affetto/a da _____

NECESSITA della somministrazione indifferibile in ambito scolastico, sotto la vigilanza del personale scolastico non sanitario, docente e non, del farmaco sottoindicato:

Nome commerciale: _____

Modalità di somministrazione : **il minore può autosomministrarsi la terapia farmacologica, sorvegliato dal personale scolastico** Orario _____ Dose _____

Modalità di conservazione del farmaco :

Data _____

Timbro e firma PLS / MMG