

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo Statale "Don Milani"

di Vigonza

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E

DA CONSEGNARE AL DIRIGENTE SCOLASTICO

I sottoscritti

.....

genitori di

nato ail.....

residente a in via

frequentante la classe.....della scuola.....

sita ain via.....

Essendo il minore affetto da

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito 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.

Acconsento il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone).

SI

NO

Data.....

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

.....

Numeri di telefono utili:

- Pediatra di libera scelta / Medico curante _____
- Genitori _____

Vigonza, _____

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 DEL FARMACO SOTTOINDICATO, 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 somministrazioneDose.....

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