Al Dirigente Scolastico
IC SAN GIORGIO IN BOSCO

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI
(da compilare a cura dei genitori/responsabili genitoriali dell'alunno e da consegnare al dirigente scolastico unitamente alla prescrizione del medico curante)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DELL'ISTITUTO _____

I sottoscritti _____

Genitori/Responsabili genitoriali dello studente:

_____

affetto dalla seguente patologia:

_____

Nato a _____il _____

Residente a _____in via _____

Frequentante la classe _____

di codesto Istituto _____

Sito a _____in via _____

CONSTATATANE L'ASSOLUTA NECESSITÀ, CHIEDONO DI PROVVEDERE E CONTESTUALMENTE AUTORIZZANO CODESTA ISTITUZIONE SCOLASTICA ALLA SOMMINISTRAZIONE ALLO STUDENTE IN AMBITO ED ORARIO SCOLASTICO DEI FARMACI INDICATI SECONDO LE MODALITÀ PRESCRITTE NELL'ALLEGATA AUTORIZZAZIONE MEDICA,
RILASCIATA in data _____dal dott._____

COME DA DICHIARAZIONE MEDICA, LA SOMMINISTRAZIONE DEI SUDDETTI FARMACI È ESEGUIBILE ANCHE DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO RISPETTO AL QUALE SI AUTORIZZA FIN D'ORA L'INTERVENTO.

I SOTTOSCRITTI genitori/responsabili genitoriali acconsentono al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 30-6-2003 n. 196 *Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE.*

SI **NO**

Lì_____ Data_____

Firma dei genitori/Responsabili Genitoriali

_____ _____

PADRE O RESPONSABILE GENITORIALE **MADRE O RESPONSABILE GENITORIALE**

Recapiti telefonici utili

Madre **O RESPONSABILE GENITORIALE** cell. _____lavoro _____

Padre **O RESPONSABILE GENITORIALE** cell. _____lavoro _____

Pediatra di libera scelta/MMG/ specialista

Cell. _____ambulatorio _____

Al Dirigente Scolastico
IC SAN GIORGIO IN BOSCO

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

ESAMINATA LA RICHIESTA DEI GENITORI/RESPONSABILI GENITORIALI,
ACCERTATA LA NECESSITÀ DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI IN ORARIO E QUINDI IN AMBITO SCOLASTICO,
ACCERTATO CHE LA SOMMINISTRAZIONE NON RICHIEDE IL POSSESSO DI COGNIZIONI SPECIALISTICHE DI TIPO SANITARIO

SI PRESCRIVE PER L'ALUNNO/ALUNNA

Nome _____Cognome _____

Nato a _____il _____

Residente a _____

in via _____

Frequentante la classe _____dell'Istituto _____

_____

Sito a _____in via _____

Affetto da _____

_____

Nel caso in cui si verifichi_____

_____

_____

LA SOMMINISTRAZIONE DEL/I SEGUENTE/I FARMACO/I

NOME COMMERCIALE del farmaco_____

_____

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE_____

_____

DOSE_____

_____

ORARIO 1^ dose_____2^dose_____3^ dose_____

Durata della terapia dal _____**al**_____

Modalità di conservazione del farmaco _____

_____

Note _____

_____

NOME COMMERCIALE del farmaco_____

_____

MODALITÀ Di SOMMINISTRAZIONE_____

_____

DOSE_____

_____

ORARIO 1^ dose_____2^dose_____3^ dose_____

Durata della terapia dal _____**al**_____

Modalità di conservazione del farmaco _____

_____

Note _____

_____

Data

_____

Firma del pediatra di libera scelta/MMG/Specialista

_____

Timbro